Niveau(x) d'enseignement : 0 Numéro EDUQ : 9470092
Centre d'intérêt : 070

St-Pierre, Liette

La communication non-verbale dans la relation d'aide pratiquée en milieu ambulancier / par Liette St-Pierre. -- [Trois-Rivières?] : L. St-Pierre, 1989.
v, 152 f. : ill. ; 28 cm.

"Rapport de recherche présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières, Département des sciences de l'éducation". Bibliogr. : f. 148-152. Notes bibliogr. : f. 141-147.

Vedette(s)-secondaire(s) : Université du Québec à Trois-Rivières. Département des sciences de l'éducation.

Descripteur(s) : Communication non verbale * Relation d'aide * Enseignement

Identificateur(s) de sujet : Techniques ambulancières * Histoire de cas

L'objet de cette recherche est de décrire et d'illustrer le rôle de la communication non verbale dans les situations de détresse, en particulier celles rencontrées lors d'interventions professionnelles effectuées par les ambulanciers. L'analyse de la communication non verbale se limite ici aux trois manifestations suivantes, touchant plus spécifiquement le milieu ambulancier : l'expression faciale, la proximité physique et le toucher. Cette recherche descriptive s'appuie sur l'apport des données scientifiques de la communication non verbale. Elle comporte un éclairage théorique, par l'étude des concepts de communication non verbale et de relation d'aide, et une dimension pratique par l'utilisation d'histoire de cas, lesquelles illustrent l'intégration de la théorie à la pratique. L'analyse des quatre histoire de cas se base sur le processus naturel de croissance personnelle. Enfin, on conclut sur l'importance d'intégrer des notions de communication non verbale à la formation des ambulanciers, dans le but d'améliorer la qualité des services offerts à la population. On mentionne également l'utilité de la communication non verbale dans les carrières en sciences humaines, dont l'enseignement.

Type de document :

9070802

UNIVERSITE DU QUEBEC

LA COMMUNICATION NON-VERBALE DANS LA RELATION D'AIDE PRATIQUEE EN MILIEU AMBULANCIER

par

Liette St-Pierre

Département des Sciences de l'Education

Rapport de recherche

présenté à

L'Université du Québec à Trois-Rivières

novembre 1989

REMERCIEMENTS

Je désire remercier Madeleine Dwane pour son support constant, son intérêt porté à mon sujet de recherche, sa grande disponibilité. Madeleine Dwane a été pour moi, bien plus qu'une directrice de recherche, elle a été une personne ressource inestimable ainsi qu'une compagne de croissance.

Je tiens également à remercier, mes parents, mes amis ainsi que tous les bénéficiaires cotoyés, eux qui ont permis de faire grandir mon intérêt quant à la communication non-verbale dans la relation d'aide de même que de développer le goût d'une plus grande qualité dans les services.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS II

TABLE DES MATIERES III

LISTE DES TABLEAUX V

INTRODUCTION 1

Chapitre I : La problématique 4

- La description d'une expérience professionnelle 4
- La situation du problème 5
- L'objectif de la recherche 10

Chapitre II : Le cadre conceptuel 13

- Étude de concepts : communication non-verbale 14
  l'expression faciale 21
  la proximité physique 35
  le toucher 44
  relation d'aide 48

- Etude descriptive du programme de formation des ambulanciers 66

Chapitre III La methodologie 72

Definitions des histoires de cas 74
Dynamique interne 77
Situation de l'analyse de cas 84
Description d'une grille d'analyse 97

Chapitre IV Les histoires de cas 99

- Présentation des histoires de cas 100
- Analyse des histoires de cas 104

Conclusion 135

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES 141

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 149

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 17
Définitions de la communication non-verbale

Photographies de Loren Lewis 25

Photographies d'interventions d'un ambulancier 37

Tableau 2 54
Buts de la relation d'aide

Liste des situations critiques que l'ambulancière peut vivre 57

Tableau 3 75
Données importantes pour la description d'un cas

Tableau 4 76
Critères à respecter lors de la description d'un cas

Tableau 5 83
Résumé des points importants du processus de croissance

Tableau 6 92
Les caractéristiques d'une analyse de cas

Tableau 7 95
Buts de l'analyse de cas

Nous répondons aux gestes avec une extrême vivacité, et pourrait-on presque dire, conformément à un code élaboré et secret qui n'est écrit nulle part, connu de personne mais compris de tous. Sapir'

INTRODUCTION

Tous s'entendent pour dire que l'homme est un être social qui a besoin de communiquer avec les autres. Le langage verbal est sans contredit un excellent moyen de communiquer, personne ne conteste son importance. Ce sur quoi tous ne s'accordent pas, c'est le langage non-verbal. Certains refusent de voir son importance. Pourtant il existe, il est présent dans nos vies, dans les mouvements que nous faisons. Ces mouvements de notre corps, communiquent des renseignements sur nos émotions, nos sentiments, notre personnalité, notre bien-être, peut-être même parfois notre statut social. Lorsque nous prenons conscience de ce phénomène, il devient important de l'étudier afin de mieux le comprendre et apprendre certains comportements. Comme Edward T Hall[1] le dit si bien :

"Très souvent ce que font les gens est beaucoup plus important que ce qu'ils disent."

Pour bien saisir ce phénomène, il suffit de penser au nombre de gens dont on se souvient à cause de leurs gestes. Nos manières et nos expressions communiquent plusieurs renseignements sur nous. Que l'intention soit d'attirer, de

décevoir, d'intimider, d'éviter ou d'exprimer nos emotions, notre corps communique constamment. Combien de fois avons-nous dit à quelqu'un : "Je vois ce que tu veux dire", renforcissant alors l'apport du non-verbal dans notre quotidien. Un mouvement de la tête, un salut, un rejet, un geste, un regard, un sourire, un battement de paupières, un redressement d'épaule, ces signes ont rarement besoin d'explications. Il est étonnant de constater comment les gens peuvent s'approprier certaines mimiques. Notre corps est porté à réagir spontanement à certains évenements et il est parfois difficile de dissimuler notre impression, ce qui par contre, est plus facile avec des mots. Qu'on le veuille ou non, notre physionomie changera suite à une douleur profonde, à une injection, à un bruit trop violent, à une clarté soudaine. Ce sont là des comportements qui ne peuven pas nous échapper et que nous devons reconnaitre. Les gestes que nous faisons, ainsi que ceux d'une autre personne peuvent nous apprendre beaucoup sur le caractère, l'état d'âme, les besoins et les attentes.

En se reportant à des professions-services, à des clientéles multiples reflétant des situations de vie difficile, toute intervention pour être adéquate, doit être autant le résultat d'une lecture rapide et compréhensive du non verbal que le résultat de déduction d'un savoir factuel.

Ce présent travail veut partager une analyse d'une pratique d'ambulancière éclairée par les données de la communication non verbale, dans une relation d'aide ponctuelle brève, efficace et souvent vitale. Le but pourrait être, de vouloir donner aux gestes techniques une âme, et à l'humain, un accompagnement plein de dignité et de respect.

CHAPITRE 1

la problématique

1.1 Situation du problème

Considérant mes années d'expérience comme ambulancière et comme professeur-titulaire du cours de techniques ambulancières au Cégep de Trois-Rivières, j'ai fait plusieurs observations et tentatives d'améliorations de la relation d'aide en cas d'urgence que nécessite ce travail. J'ai remarqué que le confort physique issu de techniques précises bien appliquées n'était pas suffisant auprès de cette clientèle démunie, en souffrance tant physiologiquement que psychologiquement. L'utilisation de l'apport des recherches sur la communication non-verbale comprenant des stratégies spéciales m'a permis de réaliser l'importance pour la formation comme ambulancière de traiter de cet aspect. Des expériences concrètes sur des cas différents m'ont incité à prendre ces états de faits comme une question de recherche.

En effet, après avoir observé les résultats tangibles d'une relation d'aide renforcée par des comportements professionnels, inspirés des techniques de communication non-verbale, j'ai été convaincue que ma lecture de la souffrance, ma compréhension des attentes des patients, la densité de leurs émotions, trouvaient dans divers contacts et comportements non-verbaux, des réponses qui, ajoutées au confort, les rendaient plus confiants, plus lucides, plus résignés et plus collaborateurs.

1.2 Identification du problème

Le besoin ressenti par une insatisfaction face à des situations pénibles telles que : le contact violent avec la souffrance, l'impossibilité dans certains cas de donner des soins appropriés ou d'alléger la souffrance, la difficulté de s'adapter au milieu ambulancier, les tiraillements et les émotions vécus par l'intervenant, l'échange parfois très bref et minime entre l'ambulancière et le bénéficiaire, sans oublier le niveau de stress élevé qu'il faut continuellement maîtriser, posent problème.

Une grande difficulté rencontrée et ressentie vient de la prise de conscience que l'aide apportée semble

insuffisante ou inadéquate. Ces états de faits existent réellement : le manque de sensibilisation et de renseignements quant à la psychologie d'une relation d'aide, le manque de formation pratique dans ce sens des ambulancières qui arrivent sur le marché du travail, le manque de points de référence pour détecter des messages ou des signes lancés par une personne en détresse, à cause de la nature des programmes restrictifs offerts et de leurs modalités prioritairement techniques. De plus, cette prise de conscience provient aussi de l'intervenant qui considère souvent son travail comme un métier, une technique plus qu'une relation d'aide se dissociant ainsi de toute entrée et sortie de ses émotions.

Après la description sommaire du besoin ressenti et des difficultés rencontrées, un élément de solution m'apparaît résider dans le fait d'accorder une grande importance à la communication non-verbale dans la relation d'aide. Il arrive en effet assez souvent que la personne en difficulté ne puisse verbaliser ce qu'elle ressent. Il importe que les intervenants soient capables de percevoir les signes émis par les victimes, soient sensibilisés au sujet de l'utilité de la communication non-verbale dans leur milieu. En outre il serait nécessaire qu'ils soient préparés à être à l'écoute de la personne ayant besoin d'aide et prêts à signifier leur présence active et

qualitative par l'intégration dans leur formation et dans leur propre comportement des techniques de communication non verbales comme support et complément de la relation d'aide et du service offert.

De plus, dans la société actuelle, nous nous rendons très vite compte que la communication non-verbale et les relations d'aide touchent une grande partie de la population. Les gens sont sensibilisés de plus en plus au phénomène de la communication et le non-verbal est utilisé dans différents secteurs. Nous n'avons qu'à penser à la publicité qui, dans le but de nous faire acheter leurs produits, choisit des images chocs, quelque chose qui joue sur nos sentiments. Les produits publicitaires ajoutent à la parole, à la musique, des jeux de physionomies d'enfants, d'adultes, de vedettes qui déclenchent chez les téléspectateurs des besoins et des comportements désirés.

1.3 Importance de la recherche

La formation des ambulancières est axée sur l'efficacité, le confort du malade et sur les techniques de soins d'urgence appropriées. Le nombre de bénéficiaires desservis dans un calendrier horaire de l'ambulancière peut être assez représentatif. Ces cas d'urgence sont de divers types en terme d'âge, de milieu sociologique, de malaises. Pour éclairer le portrait, nommons à titre d'exemples : accidents de la route, de travail, maladies cardiaques, tentatives de suicide, abus de drogues, d'alcool, crises diverses.

L'ambulancière est donc en contact avec une grande variété de situations de souffrance dans un temps très bref. Elle peut s'acquitter professionnellement c'est-à-dire techniquement de cette tâche, prenant conscience du désarroi du bénéficiaire, mais ne voulant ou ne pouvant intervenir dans ce champ de la relation humaine dont elle ne maîtrise aucun aspect.

Pourtant, de simples gestes, des contacts non-verbaux pourraient ajouter de la qualité au service et même avoir un impact sur la compréhension du malade, sa résignation et même sa survie.

Le problème étant posé en termes de l'utilité de la communication non-verbale dans la relation d'aide, une réponse est envisagée et possible. En effet, cette recherche descriptive sera donc appuyée sur l'apport des données scientifiques du concept de la communication non-verbale. Elle s'appliquera à des bénéficiaires des services ambulanciers et comportera un éclairage théorique et une dimension didactique ou pratique par l'utilisation d'histoires de cas, lesquelles illustreront l'intégration de la théorie à la pratique.

De plus, le cadre théorique accompagné de définitions des concepts de la communication non-verbale et de la relation d'aide et la démarche analytique touchant les histoires de cas, constitueront l'objet et la démarche de cette recherche, laquelle pourrait générer d'autres questions de recherche et d'autres travaux. Cette recherche descriptive, appliquée à un service et à une clientèle, pourra contribuer à sensibiliser les auteurs ou institutions titulaires de programmes pour la formation des maîtres, la formation des ambulancières, la formation d'intervenants spécialisés en relation d'aide, en relation éducative, en services ponctuels à la société.

1.4 Objectif de la recherche

L'objectif de cette recherche est de décrire et d'illustrer le rôle de la communication non-verbale dans les situations de détresse. Il en découlera l'importance pour l'intervenant d'être à l'écoute de ces messages, de connaître les théories sous-jacentes et d'acquérir des comportements cohérents au sein même d'une formation personnelle et professionnelle. Cette recherche descriptive est donc fondée sur un cadre conceptuel centré sur la communication non-verbale dans une relation d'aide. Cette communication sera démontrée dans l'analyse d'une pratique professionnelle par des études de cas appropriées d'où émaneront des observations et des recommandations pertinentes.

1.5 Limites de la recherche

Le phénoméne de la communication non-verbale comprend un grand nombre d'aspects, de manifestations. Pour cette recherche, trois dimensions ou manifestations seront privilégiées. Il s'agit de l'expression faciale, de la proximité physique et du toucher. Il importe de limiter à

ces trois aspects l'analyse de la communication non-verbale, puisqu'ils reviennent régulièrement lors des appels auxquels doivent répondre les ambulancières. De plus, le bénéficiaire est limité dans sa gestuelle à cause des normes de sécurité, de l'installation sur une civière et par le fait qu'il se trouve dans une ambulance.

Quelques histoires de cas, parmi la panoplie de situations qu'une ambulancière peut rencontrer, ont été selectionnées, afin de ne pas alourdir la recherche et d'en arriver à une analyse rigoureuse de chaque cas.

La communication non-verbale s'ajoute à des gestes et des techniques que l'ambulancière doit exécuter. Le facteur temps entre donc en ligne de compte, car les soins à prodiguer au bénéficiaire doivent être donnés, parfois rapidement, afin d'assurer sa survie, laissant alors parfois très peu de chance à la communication de se créer.

Enfin, la formation des ambulancières est aussi un facteur important car au cours de celle-ci, aucun programme actuellement en vigueur n'initie les ambulancières à la communication non-verbale dans de telles situations.

1.6 Questions de recherche

1) En quoi les théories de la communication non-verbale peuvent-elles ajouter de la qualité à l'acte professionnel d'une ambulancière ?

2) En quoi les théories et les expériences de communication non-verbale peuvent-elles inférer sur l'acte professionnel de l'ambulancière et quels critères faut-il retenir pour analyser les attitudes et les comportements d'un professionnel vis-à-vis d'un bénéficiaire en relation d'aide ?

3) Comment l'histoire de cas étudiée selon une grille construite à partir d'une lecture critique des théories de la communication non-verbale pourrait-elle éclairer et modifier la pratique professionnelle de l'ambulancière ?

Pour les fins de clarification et de rigueur des constats dans une pratique éclairée par les données de la communication non-verbale, il s'avère important de faire connaître le cadre conceptuel qui sous-tend toute cette recherche. Ce sera l'objet du prochain chapitre.

CHAPITRE II

le cadre conceptuel

Le cadre conceptuel comprend une étude descriptive et explicative des termes de communication non-verbale et relations d'aide selon différentes théories et selon certaines de leurs composantes. Dans ce deuxième chapitre il s'agit donc de préciser le sens que l'on donne aux termes communication non-verbale et relations d'aide. Les dimensions expressions faciales, toucher et proximité physique devront être aussi décrites en fonction de la profession d'ambulancière en exercice, et des théories de la communication afin qu'elles desservent bien l'étude des cas qui la rendront plus rigoureuse et applicable. Une recension des écrits concernant la communication non-verbale en regard de la question posée constitue donc une démarche théorique importante.

Parallèlement, une analyse globale du contenu et des finalités des programmes de formation des ambulancières, servira de toile de fond appuyant la pertinence de cette question de recherche et la retombée des réflexions et propositions sous-jacentes.

LA COMMUNICATION NON-VERBALE

" Celui qui a des yeux pour voir et des oreilles pour entendre constate que les mortels ne peuvent cacher aucun secret. Celui dont les lèvres se taisent bavarde avec le bout des doigts, il se trahit par toutes les pores." (Freud)[1]

La communication non-verbale a fait longtemps partie d'une controverse à savoir si oui ou non il fallait en faire un domaine à part de la communication ou encore si il fallait vraiment s'y attarder. Les nombreux chercheurs qui croyaient à la communication non-verbale et à son importance dans notre vie ont toujours tenu à en faire une partie importante de la communication. Ce qui fait qu'aujourd'hui, la plupart des chercheurs s'entendent pour dire qu'il est maintenant temps d'intégrer la communication non-verbale à la communication afin de permettre la construction d'une théorie solide qui fera avancer le domaine de la communication.

La communication non-verbale part du processus de la communication cellulaire et va jusqu'au langage humain. Au niveau du corps il s'agit des qualités physiques ou physiologiques, les mouvements du corps. Ensuite on peut penser aux artéfacts (vêtements, tatouage, mutilations), aux artifices et enfin la localisation et le mouvement des individus.

Pour des chercheurs comme Watzlawick, Beavin et Jackson[4] la communication non-verbale constitue le premier axiome de la communication, car, d'après eux,

"on ne peut pas ne pas communiquer"

Pour appuyer ces dires, il est intéressant de voir que Freud[5] lui, avait dit que les gens n'ont pas besoin de parler beaucoup pour se faire comprendre. Il donnait alors l'exemple que faire la moue ou laisser tomber son stylo, révèle, tout autant que les rêves, des forces cachées sur lesquelles l'homme n'exerce aucun contrôle conscient.

Pour leur part, Marler et W.J. Smith[6] considèrent que la communication non-verbale apporte trois sortes d'information sur la personnalité de l'individu : sur son état affectif et pulsionnel, sur son identité et sur le milieu extérieur. Selon eux les expressions affectives ont tendance á être plus facilement transposables en code non-verbal.

Dans des études récentes, nous pouvons voir la place importante prise par la communication non-verbale dans nos interventions de tous les jours. Le chercheur Birdwhistell[7] a démontré que : 35 % des messages étaient transmis par du verbal et que 65 % des messages étaient

transmis par du non-verbal. Quant à Mehrabian[6], il est arrivé aux conclusions suivantes : 7 % des messages transmis par du verbal et 93 % des messages transmis par du non-verbal. De plus, il divise la communication non-verbale en deux parties : 38 % paralangage (ton, voix, vitesse, volume, pause) et 55 % expressions faciales.

Lorsque des chercheurs arrivent à de pareils résultats, il devient important de songer à sensibiliser les gens qui ont à se servir de la communication non-verbale dans leur milieu de travail. Ces résultats ne font que renforcer le fait que le non-verbal fait partie de notre vie et que l'étudier pourrait aider à apprendre à regarder un peu plus les gens avec qui nous sommes, afin de lire les messages transmis par le corps.

Selon Dittman,[7] la communication non-verbale consiste en des comportements auxquels habituellement nous ne prêtons pas attention, peut-être parce que nous sommes entraînés à ne pas le faire, étant trop interpellé par la parole et par l'audition.

De nombreux chercheurs tels que ; Hall, Koneya, Barbour, Birdwhistell, Pike, Mead, Ekman, Watzlawick et Friesen se sont penchés sur le phénomène de la communication non-verbale et il en ressort plusieurs définitions. En voici quelques unes :

TABLEAU 1

TITRE : Définitions de la communication non-verbale

SOURCE : La Nouvelle Communication. 1981

- ensemble de moyens de communication existant entre des individus vivants n'utilisant pas le langage ou ses dérivés sonores (écrits, langage sourds-muets...)

- manifestation de gestes, ou d'expressions qui sont utilisés afin de communiquer sans toutefois parler.

- quelque chose (émotions, sentiments, façon d'être et de se sentir) qui ne se communique pas en paroles, mais qui se reflète à travers tout le corps.

- ensemble de mouvements qui communiquent du sens.

- une communication, un message sans parole.

Ces chercheurs ont aussi effectué un grand nombre de recherches sur l'existence de la communication non-verbale et sur les effets de celle-ci sur le comportement des gens. Par la suite, ces chercheurs ont formé différentes catégories toutes plus intéressantes les unes que les autres, apportant un éclaircissement, un complément aux énoncés de plusieurs.

En tant qu'ambulancière, nous avons été amenées à constater l'importance du rôle de la communication non-verbale. Lors de relations d'aide nous avons régulièrement à faire appel au sens de l'observation afin de déterminer ce qui fait souffrir le patient. Celui-ci n'est pas toujours prêt et capable de dire et d'expliquer tout ce qu'il ressent. Il vit, en effet, une période très difficile et il hésite à verbaliser ce qui se passe en lui. Comme le faisait remarquer Ekman,"

- la face est la zone des communications non-verbales que nous contrôlons le mieux."

On peut ressentir un affect et en exprimer un autre, ou le dissimuler, en raison de la gêne qu'on éprouve ou de l'image que la société veut que nous projetions.

Nous devons alors être à l'écoute des émotions des patients, afin d'être en mesure de mieux les aider. Même si

nous venons de voir que la personne peut contrôler jusqu'à un certain point ses expressions, il faut toutefois dire que, lors d'une situation intense d'émotions, de peurs, de souffrance, c'est beaucoup plus difficile à maîtriser.

Sur ce point Saint-Jérôme disant " la figure est le miroir de l'âme et les yeux revelent les secrets du coeur." invite l'ambulancière à prendre le temps d'observer son patient; elle pourra y trouver des signes qui ne peuvent mentir. En effet, une personne souffrante finit toujours par se trahir, car elle vit des moments tellement pénibles qu'elle n'a plus de choix, elle extériorise certaines émotions. L'ambulancière réalise alors l'importance de l'expression faciale, du toucher et de la proximité physique dans son intervention. Cet état de fait justifie la nature et le traitement de ce sujet de recherche et les liens de cause à effet qui en tissent les parties.

Le programme de formation du cours de techniques ambulancières, ne touche pas cet aspect de la communication, mais il s'agit d'entrer dans le monde de l'urgence pour s'apercevoir de la grande place que prend le non-verbal chez des personnes ayant besoin d'aide. La société conçoit aisément qu'un individu seul exprime sa douleur physique, en l'absence de tout receveur. Par contre, nous savons très bien que certaines cultures limitent rigoureusement

l'expression publique des émotions. Leur exagération passe pour du théâtralisme tandis que leur réduction passe pour de l'insensibilité.

Comment l'être humain qui souffre peut-il arriver à exprimer la douleur profonde qu'il ressent, sans toutefois se faire passer pour une personne qui exagère, qui s'écoute, qui dramatise ? La société pousse tellement la personne à retenir toutes ses émotions qu'il arrive un moment où elle n'ose plus les exprimer ou, ce qu'il est souvent possible de constater dans le contexte ambulancier, les personnes qui souffrent s'excuseront d'exprimer ce qu'elles ressentent.... Pourtant, comme le faisait remarquer le docteur Hélène Lamontagne lors d'un colloque organisé, en octobre 1987, sur les situations de désastre :

"On ne contrôle pas ce dont on n'est pas conscient !"

Pourquoi toujours vouloir refouler ses émotions, il faudrait peut-être en arriver à se connaître et à avoir le courage de vivre en harmonie avec ses émotions, aussi pénible que cela puisse être au début. Malgré cette difficulté, l'ambulancière ne doit pas se laisser influencer par la culture ou la société et les valeurs qu'elle véhiculent. Si cela lui arrivait, elle manifesterait sûrement un non-respect et une absence d'écoute des émotions de l'autre ou encore elle serait portée à trouver ridicules les expressions de désarroi du bénéficiaire.

L'EXPRESSION FACIALE

Qu'une personne soit au repos ou en mouvement, souffrante ou en pleine santé, en silence ou lors d'une discussion, qu'elle soit seule ou accompagnée, en peinture ou filmée, son visage occupe une place dominante et devient alors une source importante d'information. De par sa visibilité, sa très grande sensibilité, le grand nombre de muscles qu'il contient et de son omniprésence, le visage peut facilement exprimer différentes facettes des émotions de la personne et de ses besoins.

Thompson" effectua une étude et fit ressortir que les muscles de la figure étaient capables de produire environ 20 000 expressions différentes.

Le visage a longtemps été une source première de renseignements dans la communication interpersonnelle. C'est un instrument de communication de grande importance lors de la transmission de messages. En l'espace de quelques secondes, l'expression faciale peut passer de l'extase au désespoir. C'est pourquoi nous étudions le visage de nos amis ou associés afin d'y noter des changements ou des nuances. Ceux-ci se tournent aussi vers nous pour connaître nos intentions.

Comme Krebs[8] le dit si bien,

" Le sourire est un signe d'apaisement et le trouver sur le visage de l'autre est le gage d'une relation affective positive."

Dans un sens, nous pourrions presque dire que notre vie débute et se termine avec des expressions faciales. On se doit d'étudier le visage d'un enfant afin de connaître ses besoins, ses émotions. Quand notre vie tirera à sa fin, nous tenterons d'exprimer les émotions qui nous tenaillent et qui seront bien souvent très difficiles à exprimer compte tenu de la douleur, de l'émotion, de la fatigue ou de la souffrance qui seront en nous.

Bien que les chercheurs s'entendent pour dire que le visage humain est une source primaire d'information et ce, depuis des siècles, nous avons très peu de renseignements sur sa fonction en tant qu'instrument de communication. Pourtant, dès 1872, Darwin[9] offrait plusieurs indices importants sur l'expression faciale dans son livre "L'expression des émotions chez l'homme et chez les animaux" Ce n'est que soixante ans plus tard que les fonctions expressives de la figure furent étudiées plus en profondeur. Depuis maintenant environ vingt ans, les travaux de Schlosberg[7] sur l'expression faciale ont stimulé des études

scientifiques importantes dans le but de déterminer le potentiel réel de communication du visage humain.

Darwin était un chercheur qui s'intéressait à la communication et à l'expression faciale. Il effectua une recherche dans laquelle il fit parvenir à des informateurs une liste de seize questions sur les expressions faciales. Il demandait par exemple, si l'étonnement était exprimé par l'ouverture de la bouche et par l'élévation des sourcils, ou bien si la satisfaction se marquait par une faible protusion des lèvres, par un redressement du nez et par une légère expiration, etc. Evidemment, dans cette étude, la question essentielle résidait dans la qualité et la quantité des différents paramètres faciaux.

Comme il arrive bien souvent, cette approche a amené d'autres chercheurs à se poser des questions. Des observations sur les modifications de six régions du visage (front, sourcils, paupières, yeux, nez, bouche) ont été faites. Ce qui permis à Ekman, Friesen et Malmstrom[6] de mettre sur pied un système d'analyse des constituants faciaux. L'expérience a consisté à enregistrer sur magnétoscope, et à l'insu des sujets, les réactions faciales des spectateurs lors de la projection de deux films, l'un à contenu affectivement neutre et le second à caractère éprouvant. Des observateurs utilisèrent le système d'analyse et remarquèrent une grande différence entre les expressions faciales correspondant aux deux films. Par la suite les

chercheurs tentèrent de classifier ces expressions en diverses catégories.

Plusieurs études ont été faites dans le but de déterminer des catégories de base parmi les expressions faciales et de montrer l'importance de ces expressions dans notre société. Les chercheurs ne s'entendent pas tous sur un nombre exact de catégories mais toutefois, leurs pensées se rejoignent. Prenons par exemple J. Frois-Wittman[8] qui s'est pris comme modèle photographique pour une série de soixante-douze photos. Ces photos représentaient selon lui toutes les expressions faciales possibles. J. Frois-Wittman avait déterminé sept catégories et il s'est vite rendu compte que les sujets avaient parfois de la difficulté à distinguer la haine de la colère, la tristesse et le désappointement, le dégoût et le mépris, l'horreur et la peur. Cette même remarque ressort également de d'autres études. Les expériences menées par Woodworth ainsi que par Ekman, Friesen et Ellsworth font à peu près ressortir les mêmes catégories. J'ai finalement décidé d'insérer dans ce travail, la série de photos connues sous le nom de Loren Lewis, en hommage au modèle, pour illustrer les dix expressions de base reconnues par une grande partie des chercheurs. Elles constituent un traité sur le sujet.

PHOTOGRAPHIES DE LOREN LEWIS

SOURCE : Nonverbal Communication Systems. 1976
p. 26-27

SURPRISE

INTERET

BONHEUR

PHOTOGRAPHIES DE LOREN LEWIS

SOURCE : Nonverbal Communication Systems, 1976
p. 26-27

RAGE

DETERMINATION

PHOTOGRAPHIES DE LOREN LEWIS

SOURCE : Nonverbal Communication Systems. 1976
p. 26-27

TRISTESSE

PEUR

PHOTOGRAPHIES DE LOREN LEWIS

SOURCE : Nonverbal Communication Systems. 1976

p. 26-27

PERPLEXITE

DEGOUT

MEPRIS

J. Frois-Wittman poursuivit son expérience afin de voir si les gens étaient capables de reconnaître ces dix expressions de base. Sur les 300 sujets rencontrés, 32% ont réussi à bien reconnaître ces catégories. De plus, il a été démontré qu'il est possible d'améliorer les résultats lorsque l'on devient plus conscient de ce mode d'expression et plus concentré sur l'expression faciale. Il est également possible de s'améliorer dans cette forme de communication tout simplement en s'exerçant et en étant sensibilisé à ce phénomène d'expression.

Pour les ambulancières, ceci signifie donc que si elles pouvaient bénéficier d'un cours qui les sensibiliserait à cette forme de communication, elles deviendraient beaucoup plus conscientes de l'importance à accorder aux expressions des gens. Dans une profession où nous avons à rencontrer des gens qui souffrent, il importe de réaliser qu'il arrivera régulièrement que le patient ne pourra pas verbaliser tout ce qu'il ressent. Il incombe alors à l'ambulancière de bien détecter les besoins ou les émotions vécues par le bénéficiaire. Nous pouvons supposer qu'une ambulancière sensibilisée à l'écoute des témoignages non-verbaux d'un bénéficiaire offrirait un meilleur réconfort et assurerait un meilleur soutien à ce dernier.

De plus il faut bien comprendre le rôle du visage comme miroir d'une réalité dans notre profession. Les

personnes blessées peuvent rarement utiliser leurs mains pour expliquer des sensations et elles seront souvent couchées, emmitouflées dans une couverture ce qui empêche les grands mouvements du corps. Nous leur voyons le visage et c'est à travers celui-ci qu'elles devront faire passer les messages importants qu'elles veulent transmettre. Dans l'ambulance, le bénéficiaire est emmitouflé dans une couverture pour ensuite être attaché sur la civière. La seule partie alors visible pendant le transport devient le visage. Voilà donc pourquoi il est primordial pour une ambulancière de regarder le bénéficiaire et d'être une bonne observatrice.

De par sa visibilité presque continuelle, le visage devient utile pour communiquer un grand nombre d'émotions et peut devenir ainsi une bonne source de départ pour amorcer une interaction. D'ailleurs, dans une étude menée par Mehrabian,[9] il a été prouvé que les gens avaient plus tendance à se fier aux expressions faciales qu'aux paroles dites. Voici en quoi a consisté l'expérience :

Une personne plissait le front, esquissait un léger plissement des yeux et de la bouche tout en disant : "Je vais très bien."

Les gens devaient donner leurs impressions sur la vérité des dires de la personne et tous s'entendaient pour dire que la personne n'allait pas bien mais qu'elle ne voulait pas le faire savoir ou se l'avouer à elle-même.

Autant d'éléments qui permettent de réaliser la place importante que joue le non-verbal dans la communication. Il suffit seulement de s'attarder un peu pour retracer des scènes de la vie quotidienne qui n'ont pas toujours besoin de mots pour s'exprimer.

Le visage en larmes d'un enfant qui souffre, d'une personne qui a perdu un être aimé, d'une personne qui a été blessée. Le visage anxieux d'un patient qui attend le résultat d'un test ou d'un élève qui attend sa note d'examen. Le visage ébloui de quelqu'un qui reçoit un cadeau souhaité, d'un étudiant qui lit de bons commentaires sur sa copie, d'un athlète qui vient d'établir un record ou d'une personne voyant enfin l'ambulance arriver sur les lieux d'une situation d'urgence. Le visage effrayé d'une personne qui vient d'assister à des scènes de violence, d'une personne qui est blessée et a peur de partir pour l'hôpital.

Ce ne sont là que quelques exemples auxquels il n'est pas toujours nécessaire d'accrocher des mots pour

soupçonner ce que la personne ressent. Qu'on le veuille ou non, l'expression faciale décrit notre quotidien et une personne qui se refuserait à laisser voir ses émotions serait considérée comme étant très froide, sans sentiment et sans franchise.

Dans un travail effectué en 1972 par Ellsworth,[4] sur l'importance du regard et des messages faciaux, celui-ci faisait ressortir que " la signification la plus fondamentale du regard est que l'autre est attentif, que son canal visuel est ouver " Il a été démontré que lorsque l'on présente des photographies de groupes de personnes, les unes regardant l'objectif, les autres non, on se rappelle davantage les premières que les secondes. C'est ce que Ellsworth nomme le caractère saillant du message apporté par le regard de l'autre sur nous. Par saillant il voulait dire que, lorsqu'un regard direct se produit dans une situation, il est vraisemblable qu'il sera remarqué pour servir de stimulus.

De ces remarques, il résulte que dès qu'on porte son regard sur une personne, la vigilance de cette personne se trouve augmentée. L'ambulancière qui regardera son patient, montrera à ce dernier qu'elle veut l'aider et qu'il est important à ses yeux.

Le visage n'est pas la seule région qui manifeste la réaction affective d'un individu ; l'expérience commune montre que le corps tout entier peut participer à

l'expression. Lors d'une première expérience, Ekman fit appliquer par des observateurs une notation conforme aux trois dimensions de Schlosberg à des photographies prises lors de situations éprouvantes. Il constata que le visage seul pouvait qualifier une émotion comme plaisante ou non ; le reste du corps se bornant à donner une information sur l'intensité de l'affect. Pour l'ambulancière, ces notions sont importantes, car il faut comprendre que le visage du patient est continuellement exposé, laissant ainsi bien voir toutes les expressions faciales. Le corps du patient étant enroulé dans une couverture et attaché sur la civière, ses mouvements sont limités. L'ambulancière doit donc porter davantage attention au visage du patient, afin de comprendre son état et de lui apporter les soins nécessaires. Il est donc important de regarder le bénéficiaire afin de capter toutes les informations qu'il pourrait nous donner. Le bénéficiaire sait alors que l'ambulancière est attentive et que son canal visuel est ouvert, prêt à lire, à accueillir et même à intervenir si la situation le requiert.

Bien que l'expression faciale fasse partie du système cinétique, on s'aperçoit très vite qu'elle occupe une place de choix dans la communication non-verbale. Comme on l'a vu, le visage a un grand potentiel pour l'échange de sens dans les contextes interpersonnels. Premièrement, le visage

peut être utilisé pour communiquer des émotions plus précises que toutes les autres parties du corps. Deuxièmement, le visage, grâce à sa visibilité et à la sensibilité des muscles faciaux, devient un moyen de communication efficace et très rapide puisque celui-ci peut passer d'une expression à l'autre presque instantanément. Finalement, le visage peut fournir une rétroaction très utile. Il s'agit d'un moyen rapide et efficace de faire savoir à l'autre personne qu'il y a de la distorsion dans son message et qu'il devrait apporter des correctifs, ou que son message correspond à ce qu'elle vit ou ressent.

L'expression faciale joue sans contredit un rôle prédominant chez le bénéficiaire et constitue un élément d'observation qui tisse la trame du quotidien de l'ambulancière. Il serait avantageux de le reconnaître, d'y porter une attention accrue, améliorant ainsi la qualité des interventions de l'ambulancière.

Nous venons de prendre conscience du rôle joué par l'expression faciale lors du travail de l'ambulancière. Nous aborderons maintenant un autre aspect important : il s'agit de la proximité physique.

LA PROXIMITE PHYSIQUE

La proximité physique de personnes inconnues effraie légèrement. Qui peut dire qu'il n'a jamais détourné son regard lorsqu'il croisait quelqu'un ? Que faisons-nous lorsque nous entrons dans un ascenceur bondé de personnes ? Qu'arrive-t-il lorsque nous attendons en file pour passer au guichet ? Lorsque nous sommes assis dans un train ? Les personnes aiment mieux regarder les fentes du trottoir, lire les affiches, regarder les vitrines, faire semblant de lire, fixer un objet, regarder le paysage, ou tout simplement regarder par terre. Toutes les excuses deviennent alors valables pour ne pas avoir à affronter le regard d'un inconnu ou d'une personne que nous ne voulons pas voir ou sentir près de nous.

Par contre, lorsque nous sommes en compagnie de personnes connues, nous aurons tendance à nous rapprocher beaucoup plus, à nous détendre plus facilement car le degré d'intimité est plus grand. Nous verrons alors apparaître des attitudes plus détendues.

Le problème qui se pose pour l'ambulancière est d'arriver à développer la confiance du bénéficiaire et de s'approcher de lui tout en sachant très bien qu'elle envahit les limites territoriales de la personne. Alors très vite,

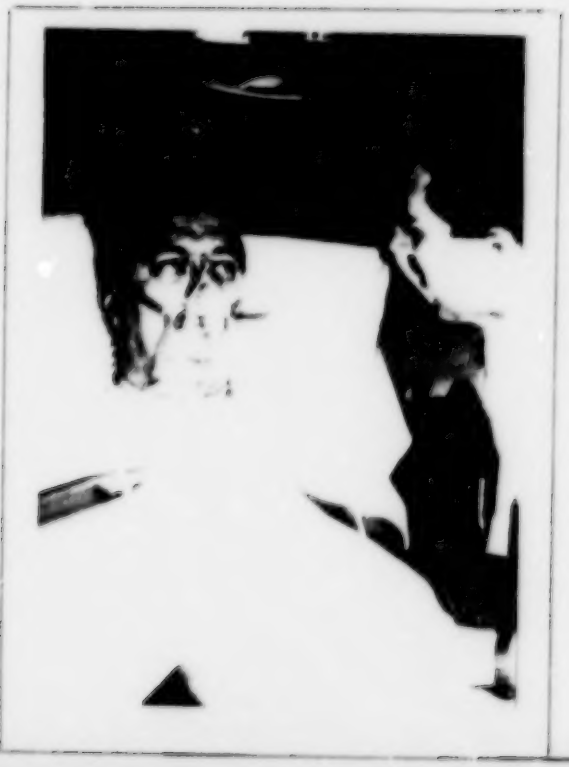
elle doit arriver à surmonter ce qui pourrait être ressenti afin de maximiser la qualité des soins à prodiguer. L'ambulancière envahit les limites permises et elle en est consciente, mais elle n'a pas le choix et si le bénéficiaire veut être soigné, il doit permettre cette intrusion. C'est pourquoi il est important que l'approche se fasse en respectant le plus possible l'intimité du bénéficiaire. Dans une relation d'aide comme celle que l'ambulancière doit vivre, la proximité physique est constamment présente.

Dans le but de bien cerner le rôle de la proximité physique dans différents contextes, il importe de visualiser les différentes positions prises par le bénéficiaire confié pour un court délai à une ambulancière, lors de situations stressantes, inquiétantes et souvent de survie.

La posture est un indicateur privilégié de l'attitude active fondamentale. elle communique les intentions de rapprochement, d'accueil ou au contraire de défi, de rejet ou de menace. Elle module ce que Mehrabian appelle le degré d'intimité. Ce degré d'intimité se base sur cinq paramètres qui sont : le toucher, la distance entre les individus en communication, le degré d'inclinaison du corps en avant, la durée du contact visuel et l'orientation des corps.

PHOTOGRAPHIE : INTERVENTION D'UN AMBULANCIER LORS D'UNE SITUATION D'URGENCE

PHOTOGRAPHIES : INTERVENTION D'UN AMBULANCIER LORS D'UNE SITUATION D'URGENCE



L'ambulancière qui tente d'aider quelqu'un aura à vivre avec ces paramètres concernant le degré d'intimité. L'ambulancière sera très souvent penchée vers l'avant près du bénéficiaire. Ceci l'amènera parfois à vivre une relation très intime avec une personne inconnue pour elle. La personne a à traverser une période difficile au cours de laquelle elle connaît la souffrance et c'est souvent pourquoi elle se laissera aller aux confidences.

Trop souvent, notre culture tend à minimiser l'importance de l'espace ou à réprimer ou encore dissocier nos sensations vis-à-vis de lui. Selon Sommer[8], l'espace personnel se rapporte à une zone aux limites invisibles qui entoure le corps d'une personne et dans laquelle un intrus ne peut pénétrer. Il est important pour une ambulancière de reconnaître le rôle primordial que joue l'espace personnel lors d'une relation d'aide. La personne a un besoin énorme de réconfort, mais elle ne devra en aucun temps se sentir envahie par un inconnu. L'approche graduelle et explicative de l'ambulancière qui se présente tout en disant qu'elle vient aider la personne, permettra de développer un climat propice aux bons soins.

D'ailleurs, chez certaines espèces animales la réciprocité du regard aboutit à des manifestations agressives. On l'a souvent constaté chez les Primates subhumains. Exline et Yellin[9] montrent que si l'on regarde

un singe rhésus dans les yeux un déclenche, dans 47 % des cas, l'attaque et dans 29 % des comportements de menace, alors que si on évite son regard, le premier pourcentage passe à 33 %, et 60 % des réponses ne sont pas agressives. Ceci montre bien que lorsque les limites du raisonnable sont dépassées, les primates réagissent contre ce semblant d'attaque.

En utilisant un contexte qu'ils nomment ambigu, Ellsworth et coll [4] déclenchent chez l'homme une réaction de fuite. L'expérimentateur se plaçait à un croisement, pourvu de feux tricolores, et regardait dans les yeux les conducteurs à l'arrêt avec une expression neutre. Placés dans ces conditions, les conducteurs, après avoir manifesté des signes de gêne (agitation, manipulation diverses ...), traversaient beaucoup plus vite le carrefour lorsque le feu passait au vert que lorsqu'ils n'étaient pas regardés. On obtient les mêmes résultats avec des piétons. Ce que permet de dire cette expérience, c'est que le regard insistant d'un inconnu, placé à une distance de 1,20m - 1,50m, dans un lieu public, alors qu'aucun autre élément d'information n'est disponible, produit un état de trouble dont il importe de sortir au plus vite.

A la lecture de ces expériences, il est permis de dire qu'il est important pour l'ambulancière d'établir une relation claire ainsi qu'une approche douce auprès du

bénéficiaire qu'elle doit aider afin d'éviter de susciter un sentiment d'agression et de non-respect de la personne. Lorsque le contact est bien établi, il en découle une valorisation positive entre les individus. Le bénéficiaire en crise ne doit en aucun temps avoir à s'inquiéter de l'approche que l'ambulancière aura à son égard. Il faut comprendre ici que la distance entre les deux personnes est encore plus faible que celle indiquée dans les expériences. Ce qui nous porte à dire que l'approche doit se faire progressivement et positivement.

La proximité va de pair avec le toucher, car il arrive souvent que lorsque l'ambulancière approche une personne, elle devra établir un contact physique dans le but de rassurer la personne en crise. Les prochains paragraphes traiteront donc de l'importance du toucher dans une relation d'aide.

LE LANGAGE DU TOUCHER

Qui dit toucher dit contact, relation avec ce qui est à l'extérieur de nous, par exemple le sol sous nos pieds. Pour les êtres humains comme pour les animaux, le toucher a une importance vitale. Il apporte la chaleur, le bien-être, le plaisir et il accroît la vitalité.

C'est le premier de nos sens à se développer. Quand nous sommes bébés, c'est d'abord à travers notre expérience tactile que nous découvrons le monde, et les caresses de nos parents sont capitales pour notre croissance. Tant que notre besoin de toucher et d'être touché est satisfait, nous grandissons sainement, mais lorsqu'il est inhibé, notre développement risque d'en souffrir. Les caresses de notre petite enfance nous aident à construire une image positive de nous-mêmes, et nourissent en nous le sentiment d'être accentés et aimés. Il y a plus de vingt ans, le psychologue américain S.M. Jourard[11] a montré que notre perception de la qualité de nos contacts avec autrui semble nettement liée à l'estime que nous avons de nous-mêmes.

Des expériences sur des bébés primates ont révélé combien le contact physique avec une mère chaleureuse et attentive est essentiel, combien sa carence peut freiner le développement physique et émotionnel. En effet, notre sens

de la réalité est basé sur le toucher. Dans notre société, la privation du contact d'autrui est une punition. Si on nous empêche de toucher ou d'être touché, nous nous sentons douloureusement seuls et angoissés. Dans une récente étude médicale, les malades privés de contacts physiques ont déclaré éprouver un vif sentiment d'isolement suite à une telle privation. Jourard S.M. "

Le toucher est un langage que nous employons tous d'instinct pour exprimer nos sentiments, montrer aux autres qu'ils sont aimés ou appréciés. Nos mains se posent spontanément sur les bosses ou le ventre d'un enfant qui souffre, sur les fronts fiévreux ou migraineux. Une douleur morale suscite aussi une réaction immédiate. En serrant la main, en étreignant, en caressant, nous témoignons de notre sympathie et de notre compréhension, nous rassurons. Seuls et souffrants, nous nous recroquevillons sur nous mêmes, nous prenons nos têtes malades dans nos mains, nous massons inconsciemment nos membres douloureux. Mais, en dehors des effusions purement amicales qui expriment notre bonheur ou notre joie, ne nous sommes-nous pas écartés loin de nos instincts en réservant le toucher aux domaines de la souffrance ou du sexe, en redoutant les contacts pour manifester simplement notre affection, pour détendre ou guérir, soulager temporairement l'angoisse ou pour démontrer notre appui moral?

Parfois il devient très difficile pour une ambulancière de verbaliser des encouragements face à une situation critique. Les mots pourraient avoir l'air ridicule lors de certaines situations d'urgence. C'est alors qu'entre en jeu le toucher. Le toucher fait partie de notre quotidien et il suffit d'y songer un peu pour pouvoir citer une foule d'exemples : on serre la main à quelqu'un dans le but de lui exprimer le plaisir qu'on ressent de le rencontrer, on serre quelqu'un dans ses bras afin de lui démontrer une grande amitié ou de lui témoigner de l'amour, on prend un enfant dans ses bras en guise d'affection, on tape une personne dans le but de lui montrer son mécontentement, on caresse une personne malade afin de diminuer sa souffrance, on caresse les enfants sur la tête ou le visage afin de les rassurer, on prend la main d'un ami pour le réconforter, on masse un point douloureux afin de diminuer la tension qui s'y trouve.

Nous avons trop souvent tendance à redouter le contact d'autrui. Pourtant les recherches actuelles nous prouvent l'efficacité extraordinaire du toucher. Par exemple, il a été démontré que le fait de masser des malades améliore leur moral et accélère ainsi leur convalescence. De plus, il a été prouvé scientifiquement que caresser un animal domestique procure une détente et abaisse la tension pour la personne qui caresse. Jourard, S.M.[8]

L'art du toucher est comme un langage naturel que nous pouvons utiliser pour rassurer ou pour soulager la douleur ou dissiper la tension et surtout pour exprimer à autrui que nous ne sommes pas indifférents.

La communication qui peut s'établir entre deux êtres lorsqu'une personne touche à l'autre peut aider à développer un climat de confiance entre eux. Nous pouvons alors voir apparaître un sentiment de détente, de confiance et de bien-être propice à la guérison ou à l'accueil de la souffrance.

L'art du toucher est comme un langage naturel que nous pouvons utiliser pour rassurer ou pour soulager la douleur ou dissiper la tension et surtout pour exprimer à autrui que nous ne sommes pas indifférents.

La communication qui peut s'établir entre deux êtres lorsqu'une personne touche à l'autre peut aider à développer un climat de confiance entre eux. Nous pouvons alors voir apparaître un sentiment de détente, de confiance et de bien-être propice à la guérison ou à l'accueil de la souffrance.

LA RELATION D'AIDE

La relation d'aide est indispensable et à fortiori quand il s'agit de personnes qui traversent des crises et qui sont souvent sans ressources et sans solution face à leur problème, leur souffrance.

L'intervenant qui participe à une relation d'aide, doit respecter des éléments importants, citons par exemple, l'engagement personnel, l'acceptation de la personne sans jugement et une grande objectivité.

Une relation d'aide implique que l'ambulancière s'intéresse au patient, qu'elle aille vers lui et qu'elle se soucie de ce qui arrive au patient sans toutefois développer une trop grande dépendance de la part du patient.

L'ambulancière ne devra pas penser uniquement aux soins pratiques à donner, mais aussi au support moral dont le patient à besoin car celui-ci peut faire face à des sentiments de tristesse, d'angoisse, de délaissement, de souffrance devant tout ce qui lui arrive ou qui peut lui arriver.

Pour bien connaître quelqu'un, il est très important de bien l'écouter. Cette écoute permettra de développer une relation de qualité avec l'autre personne. L'ambulancière qui fait face à une personne en difficulté

doit apporter la collaboration nécessaire au patient dans le but de mieux l'aider à traverser sa période de crise. L'empathie joue alors un rôle important. L'ambulancière empathique réussira à aider la personne dans le besoin de même qu'à lui faire verbaliser ce qu'elle ressent. Ceci pourra, à l'occasion, permettre à la personne de s'extérioriser et ainsi de faire part de ses craintes à quelqu'un, en l'occurence l'ambulancière, qui essaiera alors de répondre du mieux qu'elle peut aux questions du patient. L'ambulancière doit aider le patient à entrer dans un monde qui lui est inconnu et qu'il devra affronter, même si il n'a plus de force.

La salle d'urgence d'un hôpital demeure toujours un endroit mystérieux et inquiétant pour quelqu'un qui y pénètre. La préparation du patient devient donc importante et il doit se sentir appuyé. L'ambulancière qui porte secours au patient peut tenter d'expliquer les démarches qui seront probablement suivies à l'hôpital. Pour clarifier la situation, pour mieux la décrire et en faciliter la compréhension, nous donnons le résumé de l'article de Peter Cohen intitulé : L'épuisement par le surmenage[18] qui traite de la préparation psychologique d'un patient qui est acheminé vers une salle d'urgence.

Des recherches, dont celles de Lawson, ont prouvé qu'il existe une relation entre les expériences difficiles vécues par une personne et son développement émotionnel. Ceci est particulièrement important lorsqu'une personne est conduite précipitamment à la salle d'urgence suite à une maladie soudaine ou à un accident, ce genre d'événement laissant peu de temps pour que la personne puisse se préparer.

L'atmosphère de la salle d'urgence présente certaines caractéristiques qui ne manquent pas d'influencer l'expérience de toute personne qui doit y entrer. Par exemple, l'espace y est ordinairement très restreint et le personnel nombreux, vêtu de la même façon, va et vient, se précipitant d'un endroit à l'autre. Ainsi, lorsqu'une personne se retrouve dans un tel lieu, à la merci de cet environnement étrange, d'un monde de regards, d'odeurs et de sons inhabituels, elle se trouve soudainement coupée de ses habitudes, de son environnement habituel.

Les personnes souffrantes, souvent immobilisées, se voient entourées de personnes qu'elles ne connaissent pas, qui lui dictent quoi faire, lui administrent des traitements et lui infligent de la douleur. Tous ces gestes sont vécus par la personne comme des expériences stressantes et comme une intrusion dans son intimité. Il est normal que la personne soit anxieuse et éprouve un peu de peur. Il est donc indispensable que les intervenants en milieu d'urgence

fassent des interventions psychologiques pour reduire la peur et l'anxiété fréquemment associées a cette expérience.

La communication avec le patient présente aussi un défi pour les intervenants en milieu d'urgence. Ils doivent utiliser des outils de communication adaptés au développement cognitif du patient avec qui ils doivent échanger. Les outils différeront dépendamment de l'âge du patient. Communiquer veut dire plus que parler; l'expression du visage et le geste sont des modes de communication non-verbale que l'intervenant doit aussi utiliser. Le temps passe à établir un premier contact avec le patient n'est pas du temps perdu; il permet au patient de développer sa confiance à l'égard de cet étranger qu'est l'intervenant, de se sentir plus rassuré et d'être prêt par la suite à collaborer. Pour la personne qui vient d'expérimenter une situation stressante, recevoir un sourire, une caresse, des remerciements pour sa cooperation, se faire dessiner quelque chose sur son plâtre ou faire replacer ses oreillers sont des comportements qui permettront de diminuer la situation pénible qu'ils vivent.

Peu importe la situation d'urgence ou encore la personne soignée, ce qui compte surtout, c'est que la personne ait la certitude que l'intervenant comprend sa détresse et que les gestes qu'il posent visent un seul but, l'aider à guérir. La situation particulière de la salle d'urgence représente un traumatisme potentiel pour le

patient. C'est pourquoi la préparation du patient avant son arrivée, de meme que l'intervention lors de l'accueil, exige de la finesse et une connaissance approfondie des techniques d'aide et de communication. La préoccupation première de tout intervenant doit toujours demeurer le patient.

Pour qu'une relation d'aide s'établisse, il faut que regne un climat de confiance entre les parties et c'est ce que l'ambulancière devra tenter de faire ressentir au patient. Pour créer ce climat de confiance, l'ambulancière doit concentrer ses énergies sur ce qui importe. Le contact physique représentera souvent un moyen efficace d'établir des relations, en plus d'instaurer la confiance entre deux êtres. Le toucher peut aussi devenir une maniére d'exprimer la sollicitude, la douceur, la compréhension, l'amitié. La confiance ne se communique pas uniquement à travers des paroles, elle se reflète à travers tout le corps.

Lorsque l'ambulancière prend conscience du rôle important qu'elle peut jouer dans la vie de quelqu'un et de la façon dont elle peut aider un patient à se sentir émotivement mieux, elle trouve un intéret à écouter les gens afin de leur venir en aide. Il est fondamental d'humaniser l'atmosphère régnant parmi les membres travaillant avec des gens malades (ambulance, salle d'urgence, centres d'accueil..) car il a été prouvé que l'environnement a une influence sur notre santé. Les effets de l'environnement

interpersonnel peuvent parfois même dépasser en importance les effets de la médecine.[28]

La relation d'aide n'est pas seulement l'apanage des professionnels. Bien souvent, au contraire, un ami, un parent, un professeur ou une connaissance peut aider une personne dans le besoin. La relation d'aide a pour but d'aider l'individu à devenir autonome ou à solutionner ses problèmes par lui-même. Une relation d'aide est un processus humain interactif pour aider les individus à atteindre leurs buts :

TABLEAU 2

TITRE : Buts de la relation d'aide

- se comprendre
- acquérir des renseignements sur les milieux présents et futurs
- prendre des décisions personnelles importantes
- développer des solutions efficaces face à des problèmes
- établir des objectifs personnels réalisables et stimulants
- se débarasser de comportements paralysants
- surmonter des situations personnelles ou environnements difficiles
- prendre le contrôle d'émotions négatives ou destructives
- acquérir, apprendre et utiliser des habiletés efficaces d'interaction
- acquérir un minimum de respect de soi, d'amour propre et de conviction de sa capacité à satisfaire ses besoins fondamentaux
- développer des projets pouvant conduire à des réalisations éventuelles

Bien sûr, un professionnel est une personne ressource grandement appréciable. Par contre, ce dernier n'est pas toujours sur place et bien souvent une personne plus près de du patient pourra lui aider. L'ambulancière aura donc souvent à jouer le rôle d'une personne aidante. Elle se trouvera alors au coeur de l'action sociale. La qualité de la relation interpersonnelle qu'elle établiera avec le patient restera un point majeur. La volonté de l'ambulancière de vouloir travailler à l'amélioration des relations interpersonnelles permet de rendre les relations avec autrui plus profondes et plus significatives. Une approche portant sur la dimension affective, sur une intervention exploratrice et d'écoute ainsi qu'une relation franche et honnête faciliteront de beaucoup la communication entre les deux individus. Bien sûr, dans toutes ces théories, il faut comprendre que l'aidant doit vouloir écouter et l'aidé doit vouloir recevoir de l'aide.

Une personne qui accepte d'en aider une autre aura une attitude bien précise. Elle sera empathique, ouverte et réceptive, elle utilisera des interventions rassurantes, exploratoires, des conseils, des opinions. De plus elle pourra choisir divers modes d'intervention. Par exemple, le silence, l'écoute active, la reformulation, le reflet, l'apport d'information. Elle saura profiter des moments "hauts" de la personne pour lui faire exprimer des

sentiments plus joyeux, ou se rappeler des bons moments passés.

L'ambulancière est là pour soutenir le patient à travers sa souffrance, pour lui prêter assistance dans le besoin. Elle est prête à vivre une relation d'aide et tentera de secourir du mieux qu'elle peut un bénéficiaire en crise. Pour ajouter une vision réaliste des situations éventuelles auxquelles est confrontée une ambulancière et un bénéficiaire. Voir la liste ci-jointe.

LISTE DES SITUATIONS CRITIQUES
QUE L'AMBULANCIER PEUT VIVRE

SOURCE : Guide de l'étudiant pour le cours préposé d'ambulance [29]

1. L'ambulancier face à un bénéficiaire avec un arrêt cardio-respiratoire
2. L'ambulancier face à un bénéficiaire avec des problèmes vasculaires
3. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui a fait une chute
4. L'ambulancier face à un bénéficiaire en hypoglycemie
5. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui accouche de façon précipitée
6. L'ambulancier face à un bénéficiaire en crise d'angine
7. L'ambulancier face à un bénéficiaire avec un infarctus en évolution
8. L'ambulancier face à un bénéficiaire en hémorragie
9. L'ambulancier face à un bénéficiaire ayant subi une atteinte de l'image corporelle
10. L'ambulancier face à un bénéficiaire ayant subi une perte de fonctions
11. L'ambulancier face à un bénéficiaire ayant subi une perte sensorielle

12. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui vit un isolement physique et psychiatrique
13. L'ambulancier face à un bénéficiaire en intoxication
14. L'ambulancier face à un bénéficiaire dont l'intimité a été violée
15. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui apprend ou réalise que son etat est critique ou grave
16. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui manque d'informations pour prendre les décisions qui le concernent
17. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui a peur de mourir ou de ne pas se réveiller
18. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui a peur de souffrir
19. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui a peur de vivre
20. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui doit s'en aller en institution
21. L'ambulancier face à un bénéficiaire victime d'une agression sexuelle
22. L'ambulancier face à un bénéficiaire exhibitionniste
23. L'ambulancier face à un bénéficiaire confus
24. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui présente une réaction psychotique
25. L'ambulancier face à un bénéficiaire anxieux suite à la dépersonnalisation reliée à divers instruments et appareils

26. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui réagit aux conséquences de son accident
27. L'ambulancier face à un bénéficiaire conscient et immobilisé pour une longue période de temps
28. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui se plaint de malaises diffus
29. L'ambulancier face à un bénéficiaire dans une situation d'urgence à cause du mal fonctionnement d'un appareil
30. L'ambulancier face à un bénéficiaire en oédème aigü du poumon
31. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui a fait une tentative de suicide
32. L ambulancier face à un bénéficiaire qui a pris une surdose de drogue
33. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui s'étouffe dans ses sécrétions
34. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui a une perte de contact avec la réalité
35. L'ambulancier face à un bénéficiaire que la famille refuse de reprendre
36. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui a une difficulté de sevrage
37. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui ne sait ni lire ni écrire

38. L'ambulancier face à un bénéficiaire en état de dépendance à la médication
39. L'ambulancier face à un bénéficiaire en delirium tremens
40. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui doit subir un traitement dans un autre centre
41. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui éprouve un déficit de repos ou de sommeil
42. L'ambulancier face à un bénéficiaire brulé
43. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui est la victime d'une erreur de médication
44. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui inspire une repulsion physique à son entourage
45. L'ambulancier face à un bénéficiaire avec des problèmes neurologiques aigüs
46. L'ambulancier face à un bénéficiaire présentant des problèmes respiratoires aigüs
47. L'ambulancier face à un bénéficiaire avec des problèmes gastro-intestinaux
48. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui a un problème de communication
49. L'ambulancier face aux parents qui ont un enfant présentant un handicap physique ou mental ou une maladie chronique
50. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui parle une autre langue

51. L'ambulancier face aux parents apprenant la naissance d'un enfant mort-né
52. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui a une perte de contact avec la réalité
53. L'ambulancier face à un bénéficiaire qui a une perte de contrôle des sphincters
54. L'ambulancier face à la famille qui refuse de reprendre le bénéficiaire
55. L'ambulancier face à un bénéficiaire que la famille refuse de reprendre
56. L'ambulancier face à une personne brutalisée
57. L'ambulancier face à une personne maltraitée et sa famille
58. L'ambulancier face à la mère qui refuse son enfant nouveau-né
59. L'ambulancier face au phénomène de séparation chez l'enfant amené à l'hôpital
60. L'ambulancier face aux membres de la famille menacés de perdre un proche
61. L'ambulancier face aux réactions de la famille qui refuse le diagnostic fatal du bénéficiaire
62. L'ambulancier face à un bénéficiaire non coopératif dans la réception de ses traitements et de ses soins
63. L'ambulancier face à la perturbation des signes vitaux du bénéficiaire

Les ambulancières sont en contact avec des personnes qui côtoient la mort, qui vivent des situations catastrophiques et qui souffrent. Dans leur travail quotidien, les ambulancières sont souvent confrontées à des situations et à des scènes troublantes. A force de courir sur des lieux de tragédie, elles finissent par devenir aussi des survivantes.

Physiquement, elles ne sont pas victimes de la tragédie mais, psychiquement elles sont victimes de traumatismes invisibles. Certains secouristes en viendront même à souffrir des mêmes symptômes psychologiques que les blessés. Les ambulancières finissent petit à petit par être touchées par l'intensité ou la répétition de scènes traumatisantes.

Afin d'éviter toutes formes de burn out au fil des années, il serait souhaitable que ces groupes d'intervenants puissent ventiler les émotions liées à leur travail. Des séances de " debriefing" préviennent l'accumulation de stress et l'épuisement au travail. Les intervenants d'urgence accumulent une foule d'émotions qu'ils n'osent exprimer, se contentant de les refouler. Prendre le temps d'exprimer l'aspect pénible de la vie au travail, permet de retrouver ses qualités d'intervenants, de libérer l'agressivité, ou de surmonter la frustration ou la culpabilité de ne pas avoir réussi à sauver un patient ou à le soigner correctement.

Il faut réaliser que les professions aidantes sont des professions épuisantes. Il faut arriver à en parler et à sensibiliser les gens afin d'éviter des catastrophes personnelles qui se laissent voir dans le suicide, l'alcoolisme, la toxicomanie, l'abandon du métier et le divorce. Ce sont là des risques du métier, des conséquences observables qu'il faut considérer.

Comme dans tout problème médical critique, la qualité de l'évaluation initiale, ainsi que la prise en charge du patient sévèrement blessé, influencent grandement les résultats finaux. L'évaluation et les traitements doivent commencer presque simultanément. Il est très important de se rappeler qu'en étant les premiers intervenants à traiter le patient, les ambulancières ont un effet très important sur l'aboutissement éventuel : la survie du patient dépend de la valeur, de la rapidité de leurs actions. Par conséquent, l'ambulancière doit apprendre à évaluer et à traiter chaque patient de façon logique, dans un enchaînement planifié. Cette habileté professionnelle ne doit pas nuire à la communication, à la rencontre, à l'empathie.

Chacun de nous doit prendre conscience des graves implications individuelles et sociales de cette accumulation de stress. Nous devons travailler à y remédier par la

prévention et le traitement, notamment en établissant des programmes d'aide et de support psychologique aux victimes (ici les ambulancières), ainsi qu'une formation adéquate face à l'approche psychologique d'un patient. C'est à la fois notre avenir et celui de notre système de soins d'urgence que nous préserverons. Car, finalement, c'est la qualité des services d'urgence qui est affecté par la démotivation des intervenants, par le roulement important de personnel et par l'apparition d'une certaine indifférence ou d'une incapacité d'intervenir face aux situations de détresse vécues par les patients.

Les services médicaux d'urgence ne peuvent plus se permettre le luxe d'être un endroit de transition entre deux orientations professionnelles. Nous avons besoin d'une stabilité de personnel motivé à exercer son métier dans une atmosphère sereine. Nous ne pouvons plus nous permettre de laisser nos meilleurs candidats se "brûler" au sommet de leur performance. Nous pouvons et nous devons arrêter ce fléau. Le burn out est une maladie que l'on peut éviter et ce métier pourrait être un service épanouissant, un tremplin vers la maturité, la transparence mais à quelles conditions ?

En observant bien les contenus des cours de techniques ambulancières qui sont donnés présentement aux ambulancières du Québec, on s'aperçoit qu'il existe une

lacune au niveau de l'approche d'un bénéficiaire. Les enseignants sont conscients que les ambulancières auront à faire face à des personnes qui vivent des crises, mais la prise de conscience s'arrête au stade de la constatation. Un seul cours de trois heures est offert afin de tenter de sensibiliser les futures ambulancières à leur rôle en tant que premières intervenantes. Par la suite, la sensibilisation quant à l'approche psychologique et à l'importance du contact ambulancière-patient est fait par chaque enseignant lors de ses cours, si celui-ci juge utile d'en parler. Pourtant à chaque situation que l'ambulancière rencontrera elle devra approcher un patient, communiquer avec ce dernier, le placer dans un climat de confiance qui lui permettra de se sentir à l'aise. Les ambulancières qui n'ont pas été sensibilisées à l'importance de cette approche s'apercevront très tôt qu'un bénéficiaire en crise n'est pas une personne ordinaire que l'on aborde comme un passant dans la rue. L'ambulancière développera donc une façon bien à elle d'approcher les gens en espérant que sa méthode sera la bonne. Bien sûr il faut dire que l'expérience finit peut-être un peu par combler cette lacune de l'enseignement, mais ce n'est pas vrai pour toutes les ambulancières et pour toutes les situations.

L'ambulancière a encore besoin, même après plusieurs années d'expérience, de certains petits trucs ou conseils concernant l'approche psychologique et l'apport de

la communication non-verbale comme outil de travail. Comme le démontre bien les études faites par les chercheurs de la communication non-verbale, lorsqu'une personne est sensibilisée et étudie ce phénomène de communication, il est possible pour cette dernière d'améliorer son acuité quant à ce phénomène. Ce qui veut dire qu'il pourrait être interessant pour une ambulancière de prendre un peu de temps pour se familiariser avec la communication non-verbale, dans le but de l'utiliser dans les relations d'aides qu'elle vivra. De cette façon, elle pourrait vivre ses interventions non seulement en fonction de l'efficacité de l'application des techniques bien intégrées, mais aussi à travers une démarche qualitative. Pour appuyer le sens de la formation offerte, suivra la liste des objets d'études durant la formation actuelle.

Voici une liste des thèmes du programme de formation :

SOURCE : Guide du formateur et du gestionnaire
Conseil Régional de la Santé et des Services Sociaux
Juin 1989

PROGRAMME DE FORMATION
COURS DE TECHNIQUES AMBULANCIERES

MODULE 1

Identifier les rôles du technicien ambulancier selon les aspects suivants : 4h

- attitudes sur les lieux d'intervention ;
- sens des responsabilités ;
- relation avec le bénéficiaire et avec les milieux hospitaliers.

Faire l'examen physique du bénéficiaire. 8h

Assister la respiration dans un cas de détresse respiratoire 8h

Prévenir la détérioration de l'état de bénéficiaire souffrant de troubles cardiaques.	6h
Contrôler les hémorragies externes.	8h
Prevenir la détérioration de l'état du bénéficiaire en état de choc.	6h

MODULE II

Faire la réanimation cardio-respiratoire	30h

MODULE III

Prévenir la détérioration de l'état du bénéficiaire souffrant de troubles neurologiques	6h
Prévenir la détérioration de l'état du bénéficiaire souffrant de brûlures et de lésions dues au froid.	3h

Prévenir la détérioration de l'état du bénéficiaire souffrant d'empoisonnement et d'intoxication	2h
Prévenir la détérioration de l'état de la bénéficiaire qui accouche d'un nouveau-né	4h
Prévenir la détérioration de l'état du bénéficiaire souffrant de troubles psychologiques	4h
Développer une approche adaptée au bénéficiaire dans différentes situations	4h
Prévenir la détérioration de l'état du bénéficiaire souffrant de troubles abdominaux	5h

MODULE IV

Immobiliser toute forme de fractures et de luxations	22h

MODULE V

Effectuer une désincarcération sans aggraver l'état du bénéficiaire

Transporter un bénéficiaire sans équipement

Transporter un bénéficiaire avec équipement 45h

Evacuer un bénéficiaire d'un lieu exigu ou accidenté

Véhiculer un bénéficiaire en fonction de son état

Utiliser un extincteur à poudre ABC

MODULE VI

Evaluer les priorités dans le cas de plusieurs blessés

Communiquer les renseignements pertinents sur l'état du bénéficiaire 5h

Connaître les droits et obligations du technicien ambulancier

MODULE VII

Pratiquer des cas cliniques

Identifier les informations pertinentes à transmettre au personnel de la salle d'urgence 13h

Appliquer les techniques enseignées de soins d'urgence

Dans ce deuxième chapitre, les concepts de communication non-verbale de même que de relation d'aide ont été définis. Les éléments importants de ces concepts ont été traités en fonction du sujet de ce rapport de recherche.

Le troisième chapitre présentera les composantes de la méthodologie qui servira à illustrer l'apport de la communication non-verbale en relation d'aide, appliquée à des situations courantes, concrètes, dites cas dans la pratique du milieu ambulancier. D'ailleurs ce sont ces études de cas décrits qui constituent l'environnement éducatif et professionnel, le laboratoire de communication, les objets d'analyse de la relation d'aide. Ce qui nous permettra de faire des conclusions et des recommandations rigoureuses et fécondes.

CHAPITRE III

la méthodologie

Dans ce troisième chapitre, ayant situé la communication non-verbale, problème présent dans le domaine ambulancier et le choix de trois aspects de l'étude de la communication non-verbale : l'expression faciale, le toucher et la proximité physique nous justifierons à la fois le sens des termes, des outils et le processus méthodologique. En effet, il y aura une justification et une précision concernant le choix de l'histoire de cas comme étant le lieu d'analyse de la communication non-verbale dans les relations d'aide. Le choix de critères des méthodes de l'analyse sera ensuite traité. Finalement, la présentation de la grille d'analyse terminera ce chapitre sur la méthodologie.

La communication non-verbale étant absente de la formation des ambulancières et étant diagnostiquée comme un lieu d'intervention important qui ajouterait de la qualité au service, la première démarche intellectuelle de cette recherche était donc constituée par une étude approfondie

des théories traitant de la communication non-verbale et des relations d'aide comme fondements qualitatifs du travail d'ambulancière.

Bien que nous ayions décidé de traiter de l'importance de la communication non-verbale dans les relations d'aide, il nous fallait choisir parmi un grand nombre d'éléments faisant partie de cette forme de communication. Après réflexion, il nous est apparu pertinent de choisir trois modes d'expression propre à la communication non-verbale qui touche particulièrement le domaine ambulancier. Il s'agit de l'expression faciale, du toucher et de la proximité physique. Ces éléments nous sont apparus comme étant les plus souvent manifestés par le patient et les plus visibles à l'ambulancière.

Comme cette recherche vise à éclairer et à perfectionner des interventions professionnelles dans un secteur précis, à savoir le domaine ambulancier, l'histoire de cas sera donc choisie comme une méthode, comme un lieu d'analyse, de façon à illuster les comportements résultant de l'application de la communication non-verbale en relation d'aide. L'usage de l'histoire de cas en relation avec les objectifs de cette recherche, constitue un élément essentiel de la méthodologie.

Après avoir effectué plusieurs lectures dans le but de trouver des théories qui garantissaient à mon cheminement de la rigueur et de la cohérence, je me suis arrêtée à certains auteurs qui avaient déjà employé des histoires de cas. Dans le livre To Be A Teacher[29], il nous est rapporté cinq histoires de cas touchant la vie des enseignants aux Etats-Unis. Plusieurs aspects importants ressortent de ces études de cas et de la démarche utilisée, ce qui a servi de canevas à la présente étude. Tout d'abord, on s'aperçoit très vite en observant les cas que les études naissent la plupart du temps d'un besoin ressenti.

La méthode de cas utilisée dans ce présent rapport de recherche se base également sur la méthode de Roger Mucchielli.[30]

Tout d'abord, comme le fait remarquer Mucchielli, élaborer un cas est une opération difficile et le rédacteur ne doit pas craindre d'être clair. Il doit élaguer l'inutile et rassembler tout ce qui est utile à la compréhension de la situation sans toutefois y mêler la moindre notation tendancieuse de sa part. Le rédacteur doit pouvoir faire une synthèse active et permanente du savoir théorique et de l'expérience vécue : ce qu'on peut résumer comme étant l'affrontement des situations problématiques et la conceptualisation du concret.

Un cas bien fait est centré sur une problématique et une seule. Il faut chercher l'unité de situation et celle-ci doit comporter toutes les données réelles qui en font partie :

TABLEAU 3

TITRE : Données importantes pour la description d'un cas

- les faits ou les événements qui la composent et tout spécialement les faits-clés

- les sentiments, les attentes, les habitudes, les attitudes, les buts des protagonistes, car ce sont aussi des faits

- la description suffisante du milieu

Un cas sélectionné et préparé en vue de son utilisation par la méthode des cas, doit présenter certaines qualités, répondre à certains critères :

TABLEAU 4

TITRE : Critères à respecter lors de la description d'un cas

- situation concrète puisée dans la réalité de la vie professionnelle (authenticité du cas)

- situation-problème appelant un diagnostic ou une décision ou les deux (urgence de la situation dans le cas)

- situation exigeant, pour être traitée, une information et une formation dans un domaine particulier de la connaissance ou de l'action (orientation pédagogique ou centration du cas)

- situation totale, c'est-à-dire que, compte tenu des informations supplémentaires éventuelles à rechercher, toutes les données de fait disponibles sont présentées. (finitude du cas)

Afin de repondre au critere de la centration de la situation, les histoires de cas choisies auront toutes comme origine, une situation de souffrance vue à travers la communication non-verbale. Les histoires choisies seront donc décrites et traitées prioritairement en regard de l'expression faciale, de la proximité physique et du toucher dans les relations d'aide que vivent l'ambulancière et le bénéficiaire. A l'intérieur de ces histoires, tout passage qui s'éloignerait de la problématique de ce rapport, sera retranché, on n'y recherchera pas d'autres données.

Les histoires de cas ayant été réellement vécues, il sera donc important, dans le but de respecter la confidentialité inhérente à la profession d'ambulancière, de ne pas dévoiler l'identité des personnes impliquées dans les situations.

L'originalité et l'intérêt de la méthode de cas vient de ce qu'elle permet de toucher et d'integrer trois niveaux de formation : la formation professionnelle, la formation sociale et la formation personnelle. Cette méthode est donc adaptable aux besoins de l'utilisateur et permet à l'usager d'apprendre continuellement. Elle est le reflet d'une réalité vécue tous les jours. Elle servira donc dans cette recherche d'objet d'analyse de la pratique de la communication non-verbale dans les relations d'aide, au sein de la profession d'ambulancière.

METHODOLOGIE : Situation de l'analyse de cas dans le cadre d'un processus de croissance personnelle et professionnelle.

La méthodologie appliquée à l'analyse de cas constitue tout comme ce rapport de recherche un processus d'auto-développement. Mon rôle d'ambulancière me donne la chance de vivre ce processus de croissance. Lorsque le processus est bien intériorisé, il me permet d'avancer et de progresser dans mon cheminement. La qualité de mon intervention se trouve alors améliorée, puisque je fais une conscientisation de l'importance de la communication non-verbale dans une relation d'aide. La dynamique de ce processus me permet d'être plus empathique face aux patients rencontrés, elle m'aide à mieux clarifier les situations que je vis ; elle me permet aussi de me perfectionner face à mon rôle d'ambulancière. Bien plus qu'une simple méthodologie, ce processus devient une philosophie de base qui est intégrée à ma profession. Claude Paquette,[3] dans sa conception de l'auto-développement et de la cohérence, me permet d'en arriver à objectiver ce processus de croissance. Ainsi, il devient possible pour moi, d'utiliser ce processus de façon claire et efficace.

L'essentiel de la démarche consiste à faire une analyse réflexive dans le but de mieux saisir la place que tient la communication non-verbale dans les relations d'aide.

Explorer nos valeurs personnelles, les saisir et les soumettre à une réflexion sont trois axes qui ont servi lors de mon rapport.

Le processus d'analyse est fondamental dans une clarification des valeurs. C'est par ce processus que nous pourrons saisir et comprendre les valeurs choisies.

Une nouvelle expérience dans notre quotidien est un apport à notre croissance. Elle contribue à nous présenter la réalité sous un autre jour et peut provoquer une remise en question face à certains éléments de notre routine. Une attitude d'ouverture face à cette nouvelle expérience peut contribuer à enrichir notre vécu.

Analyser ne signifie pas porter un jugement : analyser signifie saisir, comprendre. Ainsi nous pouvons interpeller la réalité et en saisir la signification profonde. C'est un processus qui permet de lire la réalité et d'y replacer divers éléments dans une juste perspective dans le but de saisir en profondeur tout le sens de l'élément observé. Cette analyse devient alors source de croissance personnelle et elle peut être intégrée à notre vécu pour une meilleure utilisation.

L'analyse des histoires de cas se base sur le processus naturel de croissance tel que propose par Garneau et Larivey [1]. Bien plus qu'une simple méthode d'analyse, il s'agit d'un cheminement qui est prédominant lorque nous nous retrouvons en presence d'une personne ayant besoin d'aide.

Nous commencerons par expliquer les caractéristiques de ce processus pour ensuite en faire ressortir les étapes.

Tout d'abord, il s'agit d'un cheminement idéal pour l'atteinte d'un but visé (démontrer l'importance de la communication non verbale dans les relations d'aide).

Bien que ce processus soit un peu moins utilise dans la vie de tous les jours, il est naturel et spontané , c'est-à-dire qu'il est disponible chez tout etre humain de façon innée. Il correspond au déroulement spontané de l'expérience humaine lorqu'elle ne subit pas de déformations.

La troisième caractéristique du processus est qu'il est utilisable dans n'importe quelle situation de la vie. Le cheminement ne cherche pas sa validité et son applicabilité dans des situations exceptionnelles. Bien au contraire, le processus trouve sa pleine efficacité dans l'ensemble des situations quotidiennes. Cette affirmation implique donc que ce processus est suffisamment naturel, spontané et accessible pour être dirigé et facilité par la personne chez qui le processus se déroule, il ne nécessite pas d'intervention extérieure.

De plus, certaines caractéristiques se situent au niveau de la séquence des étapes du processus. Le processus est circulaire, puisque la dernière étape constitue le premier pas vers le début d'un nouveau cycle qui peut être relié au précédent. Cette particularité permet la continuité de la croissance personnelle.

Pour la personne qui veut compléter adéquatement son expérience, chaque étape est nécessaire à l'obtention du résultat, de même que pour la poursuite d'un cheminement efficace. L'ordre des étapes n'est aucunement interchangeable car l'expérience propre à chaque étape rend celle-ci nécessaire avant que l'étape suivante puisse être entreprise de façon adéquate.

Les quatre dernières caractéristiques de ce processus se situent au niveau des résultats partiels ou globaux qu'ils procurent. Tout d'abord, les significations nouvelles et les changements qu'il procure proviennent directement de l'intérieur de l'expérience. Les découvertes s'imposent de l'intérieur même de la subjectivité de la personne, mais malgré leur nouveauté, ces découvertes apparaissent comme des évidences indiscutables et directement ressenties. Les changements apportés par la situation font partie de la personne, ils lui appartiennent complètement. Ces changements ne sont nullement imposés, ils deviennent une nécessité subjective. Ce qui entraîne une autre caractéristique qui est la suivante : les

changements sont vecus comme réels et sont possedés par la personne

Un cycle complet permet à la personne " de rendre disponible une de ses ressources, auparavant inutilisable ".

Finalement, les résultats de ce processus font en sorte que la personne " est davantage en possession d'elle-même dans un aspect important de son existence concrète "

Voici donc le tableau synthèse de ces caracteristiques :

TABLEAU 5

TITRE : Résumé des points importants du processus de croissance

- Façon optimale dont se déroulerait l'experience d'une personne en croissance.
- Processus naturel et spontané.
- Utilisable dans n'importe quelle situation de la vie.
- Il est auto-dirigeable.
- Processus circulaire.
- Chaque étape est nécessaire à l'obtention du resultat.
- L'ordre des étapes n'est aucunement interchangeable
- Les significations nouvelles et les changements qu'il entraîne proviennent de l'intérieur de l'expérience.
- Les changements sont vécus comme réels et sont possédés par la personne
- Un cycle complet rend à la personne une de ses ressources auparavant aliénée
- L'expérience qui se déroule selon ce processus est davantage possédée par rapport à ce qu'elle était.

Après la définition générale et l'énumération des caractéristiques, nous croyons qu'il sera possible de retrouver le déroulement de ce processus à la lecture des histoires de cas. Suite à la prise de connaissance des caractéristiques du processus naturel de croissance, il nous est maintenant possible de séparer le processus en six étapes. Ces étapes telles que décrites par Garneau et Larivey, rendent possible l'analyse détaillée des histoires de cas.

La première étape : EMERGENCE

Cette étape permet à une expérience subjective de s'imposer à une personne, comme objet principal de son attention. La personne reste aux prises avec une question, et ne cherche pas à la repousser. Il peut aussi arriver que la personne soit décidée d'avance à explorer un aspect particulier de sa vie. L'émergence apparait lorque la personne est disponible à observer le déroulement de ses émotions, de son expérience. Cette disponibilité permet de faciliter l'évolution du processus. L'émergence prend place lorsque les expériences vécues par la personne commencent à prendre un sens entre elles. Les émotions alors ressenties permettent de réunir les expériences diversifiées et de les ramener en un tout unifié. A ce moment, les éléments en place sont assez solides pour permettre l'apparition de la deuxième étape.

Pour une ambulancière, la première étape du processus correspond à l'instant où elle reçoit un appel qui lui est transmis par la répartition. Les renseignements donnés sont très sommaires. Adresse de la personne, son âge, une brève description de ce qui arrive, lorsque c'est possible. A partir de ce moment, l'ambulancière peut imaginer ce qui se passe sur les lieux et elle peut tenter de visualiser la situation. Les cas déjà vécus auparavant peuvent lui donner un bref aperçu de ce qui l'attend. A cette étape, l'imagination travaille beaucoup. L'ambulancière est envahie par cet appel et c'est habituellement son seul sujet de pensée.

La deuxième étape : IMMERSION

Lors de cette étape, une question très précise est au centre de l'attention de la personne et elle est vécue comme une réalité actuelle. La personne demeure en contact avec cette expérience et reste attentive à ce sentiment sans toutefois chercher à le modifier. C'est une étape au cours de laquelle la personne est intériorisée. Il s'agit d'une étape simple du processus, elle peut être très brève mais elle demeure capitale car c'est à cette étape que la personne doit démontrer assez de confiance pour continuer le processus sans savoir si en s'immergeant totalement dans l'expérience elle en retirera quelque chose.

Au cours de cette étape, l'ambulancière essaie de se rappeler les cas semblables qu'elle a déjà vécus ainsi que les techniques spécifiques qui devraient être utilisées pour ce cas. Elle doit aller chercher dans son expérience ce qui risque d'être pertinent face au problème présent. De plus, cette étape correspond au temps que prend le transport vers les lieux.

La troisième étape : DEVELOPPEMENT

Lors de cette étape, la question soulevée devient plus riche de sens, de nouvelles nuances apparaissent et la question se trouve composée d'un variété complexes d'expériences. Un grand nombre de données s'accumulent et deviennent pertinentes à la question initiale.

Ce développement spontané de l'expérience vécue se produit progressivement. Il n'a pas de signification intégrante. Il s'agit plutôt d'une accumulation de données dont le sens est encore inconnu par la personne. La question initiale prend de l'ampleur, une préc'sion et une complexité plus détaillée, ce qui permet d'augmenter la connaissance du problème.

Pour l'ambulancière, cette étape coincide avec l'arrivée sur les lieux. Il est alors possible de visualiser la situation, ce qui permet d'avoir une foule de

renseignements disponibles. Un grand nombre d'éléments importants pour l'ambulancière sont alors recueillis ce qui permet de clarifier la situation et de lui donner un sens plus précis. Ces précisions lui permettent de mieux intégrer le problème qui lui est posé.

La quatrième étape : PRISE DE SIGNIFICATION

C'est l'instant où toute l'expérience prend un sens, devient claire et évidente. C'est à ce moment qu'un grand nombre de renseignements jusqu'alors juxtaposés deviennent reliés en une signification qui les intégre avec leurs variations et leurs similitudes. Il s'agit alors d'une synthèse qui s'impose d'elle-même comme une évidence ressentie. La personne peut alors parler de sa question avec justesse, précision et concision.

A cette étape, l'ambulancière doit prendre action face au problème. Elle y découvre encore de nombreux éléments qui lui sont utiles pour les soins à prodiguer. C'est à ce moment, que l'ambulancière met en pratique les notions et les techniques qu'elle a apprises.

La cinquième étape : ACTION UNIFIANTE

Au cours de cette étape, la personne parvient à assumer son expérience et, par le fait même, à la valider à ses propres yeux. La personne qui est capable d'exprimer son expérience devant un grand nombre de personnes, peut permettre une validation sociale importante et enrichissante. Il s'agit d'une étape satisfaisante de par la validité et l'utilité apporte à la personne ou à la société. Cette étape est constituée par une action expressive faite en contact direct et servant à unifier la personne dans un nouvel aspect de son expérience. Cette action sert de solution à ce qui était auparavant considéré comme un problème (contenu de l'émergence).

Cette étape permet à l'ambulancière de faire un retour sur les gestes posés, les techniques qui ont été exécutées, les attitudes prises lors de la situation. Ce phénomène de rétroaction fait prendre conscience à l'ambulancière de tout ce qui a été fait. Il lui est alors possible d'échanger et d'en discuter avec son compagnon de travail afin d'en arriver à être capable de s'auto-critiquer dans le but de s'améliorer continuellement. L'ambulancière qui le désire peut également partager son expérience avec les autres ambulanciers.

La sixième étape : PRÉ-EMERGENCE

À partir du moment où une prise de signification et une action expressive ont complété la situation problématique précédente, la personne se trouve dans un nouvel état de disponibilité. Une énergie nouvelle devient alors utilisable et le centre de son attention est libéré et disponible pour être occupé à autre chose. La pré-émergence devient alors le point de départ d'un nouveau cycle.

L'ambulancière qui assimile et intègre à son expérience la nouvelle situation qu'elle vient de vivre réussit à acquérir de nouvelles connaissances inestimables. Ces nouvelles expériences pourront lui servir à solutionner d'autres problèmes et elle peut maintenant affronter d'autres situations. Elle vient de vivre un processus en six étapes : EMERGENCE, IMMERSION, DEVELOPPEMENT, PRISE DE SIGNIFICATION, ACTION UNIFIANTE, PRE-EMERGENCE.

Le déroulement du processus naturel de croissance se fait de façon prévisible et logique. La personne qui comprend bien le processus peut devenir experte et favoriser son déroulement à travers ses expériences. C'est une occasion où la personne apprend à vivre une démarche de croissance continuelle qu'elle peut diriger elle-même. La personne fait alors l'acquisition des instruments qui lui permettent de régler les problèmes qui se présentent à elle

lors des événements quotidiens de la vie. Ce processus permet une remise en question continuelle et il permet à l'individu de grandir, d'ajouter un plus à sa personne.

Pour sa part, Claude Paquette[11] souligne que cette forme d'analyse est une démarche qui doit faire partie de l'examen du quotidien. Elle suggère un cheminement continu au cours duquel l'individu peut faire des prises de conscience et tenter de changer ou de conserver certains comportements faisant partie de sa vie. Dans ce rapport, on pourra parler d'une analyse réflexive, parce qu'elle implique un retour, une réflexion sur un cheminement, pour mieux le comprendre et en saisir l'importance lors des traitements apportés au patient. Cette analyse est bien entendu, subjective. Mais à travers cette subjectivité il est possible de trouver une certaine rigueur. Claude Paquette parle de "subjectivité disciplinée". Il explique : "C'est là reconnaître le caractère hautement subjectif de l'expérience humaine, mais c'est également reconnaître que l'analyste a besoin d'une certaine rigueur pour ne pas se perdre dans les confusions, les illusions, les justifications".

La clarté de la démarche, l'authenticité du lieu d'analyse (histoires de cas vécues), la rigueur (et non la rigidité) de l'outil d'analyse, assureront cette "subjectivité disciplinée".

Dans le but de faciliter l'analyse des histoires de cas, j'utiliserai une grille d'analyse qui sera définie ultérieurement.

Pour Paquette, l'analyse se divise en quatre étapes bien distinctes. La première étape du cheminement est la collecte des faits. Cette étape correspond au choix des histoires de cas et à la rédaction de celles-ci tout en pensant aux éléments de la communication non-verbale qui veulent être étudiés et qui sont privilégiés. Pour Larivey et Garneau, cette étape se compare à l'émergence et à l'immersion.

On doit retrouver quatre caractéristiques importantes lors d'une analyse de cas

TABLEAU 6

TITRE : Les caractéristiques d'une analyse de cas

SOURCE : Garneau et Larivey, 1979

- découverte des faits-clés de la situation dans son état du moment ou dans ses développements. La valeur des faits-clés vient de ce qu'ils sont significatifs (pas forcément du point de vue dramatique ou fait voyant ou spectaculaire.)

- faits significatifs concernant les personnages du cas. Ce que l'on sait des personnages à travers leurs réactions (verbales, posturales, comportementales)

- faits significatifs du milieu de vie dans lequel ils évoluent (langage, valeur, réactions, expressions, normes, attitudes)

- découverte des relations significatives de tous ces faits entre eux. Les faits, les événements, réactions, expressions, découvertes à l'étape précédente s'organisent entre eux et prennent les uns par rapport aux autres, un sens nouveau

L'exploration des faits colligés et la lecture réflexive de ces faits constituent la deuxième et la troisième étape. Ces deux étapes correspondent à l'analyse proprement dite des histoires de cas. Dans la méthode des cas, Muchielli[14] présente deux étapes de l'analyse qui rejoignent la définition de l'auto-analyse donnée par Paquette. Il s'agit de la découverte des éléments essentiels et celle des relations entre ces éléments, relations par lesquelles les éléments prennent une signification nouvelle. Ces deux étapes s'inserrent avec cohérence dans le processus d'auto-analyse et permettent de clarifier la démarche. En premier lieu, il s'agit de ressortir les éléments essentiels de la situation. Larivey et Garneau présentent ces étapes en parlant du développement et de la prise de conscience. Dans le présent rapport ce seront des aspects qui mettent en relief les différentes facettes de la communication non-verbale. Le choix de ces éléments se fera à l'aide de la grille d'analyse. En second lieu, il s'agit de reprendre les éléments ressortis à la première étape et de les mettre en relation entre eux et avec la grille d'analyse. Cette mise en relation permettra de mieux saisir l'importance de la communication non-verbale dans les relations d'aide.

Ces deux étapes se succèdent afin d'aider à la compréhension de l'analyse.

La quatrième et dernière étape est le dégagement des prises de conscience. Comme le souligne, Paquette,

cette étape ne se situe pas uniquement à la suite des trois autres mais bien tout au long du cheminement. Cette étape pourrait correspondre à l'action unifiante telle que vue par Larivey et Garneau. Dans ce rapport, les prises de conscience concernant l'importance de la communication non-verbale dans les relations d'aide pourra être exprimée tout au long de l'analyse tandis que d'autres apparaîtront en conclusion, comme commentaires

TABLEAU 7

TITRE : Buts de l'analyse de cas

SOURCE : Claude Paquette, 1982

- l'analyse du cas permet de dégager des lois générales en rapport au domaine considéré

- permet de mettre en relation les données d'une situation dans un domaine bien précis

- permet la conceptualisation qui consiste en ce que les formalités générales tirées du cas, ne seront pas des lois abstraites, mais des certitudes de la conduite à tenir, ou des principes directeurs de l'attention dans l'étude ultérieure des cas ou des situations réelles de la vie.

Ce processus en quatre etapes mène selon Paquette à une prise de décision, puis à de nouvelles actions. Dans la présente situation il mènera à une prise de conscience concernant l'apport de la communication non-verbale dans le domaine ambulancier ainsi qu'à des prospectives en terme d'alternatives, de propositions, de réflexions qui composeront la toile de fond de la conclusion.

Dans la méthode des cas proposée par Roger Muchielli,[36] on retrouve un modèle de formation au diagnostic et à la décision dans le domaine des problèmes humains à partir de l'analyse de cas concrets, authentiques.[37] Comme ce rapport comprend des cas vécus, il rejoint donc le modèle de Mucchielli excepté que le but visé sera de faire ressortir la place de certains éléments dans la communication non-verbale à travers une relation d'aide. La methode de cas suggère une démarche de groupe mais dans ce rapport il s'agit d'un cheminement personnel. J'emprunterai donc, à ce modèle, certains éléments importants touchant le choix et l'analyse des situations.

LA GRILLE D'ANALYSE

La grille d'analyse proposée n'est pas exhaustive mais elle est basée sur les aspects les plus importants qui doivent être étudiés. En partant de ma propre expérience, elle permettra de réfléchir sur la communication non verbale dans les relations d'aide.

Description de la grille d'analyse

1- Identification de la situation par rapport à la liste des situations que l'ambulancière peut vivre, présentées aux pages du présent rapport.

2- Caractéristiques du milieu environnant

3- Caractéristiques du patient en détresse

4- Identification des messages non-verbaux livrés par la personne par ses attitudes et manifestations évidentes.

5- Changements observés entre le moment initial et l'arrivée à l'hôpital.

6- Identification des éléments de la communication non-verbale tels que définis, qui ont été presents dans les soins prodigués.

7- En quoi la communication non-verbale a-t-elle ajouté de la qualité à l'intervention de l'ambulancière et aux gestes professionnels de base qu'elle doit donner ?

CHAPITRE IV

analyse des histoires de cas

Dans le chapitre précédent, nous avons défini l'histoire de cas et justifié le choix de cette méthode pour atteindre les objectifs de la recherche. Une grille d'analyse a été suggérée et celle-ci sera l'outil utilisé dans le présent chapitre. Nous avons donc choisi quatre histoires de cas que nous analyserons tout en faisant ressortir les éléments importants de ce rapport qui sont: la place de la communication non-verbale dans les relations d'aide. Le choix de ces quatre histoires de cas a été fait en fonction du type de situation d'urgence le plus fréquemment rapporté dans le domaine ambulancier.

Comme nous l'avons expliqué au chapitre précédent, la méthode des cas proposée par Roger Mucchielli appuie notre démarche.

Histoire de cas (no 1)

Heure de l'appel : 22h00

Détails : Une personne cancéreuse qui doit aller à l'hôpital, faiblesse générale.

Nous nous rendons sur les lieux rapidement. Un jeune homme de 25 ans est couché dans un lit installé temporairement dans le salon. Il a l'air très souffrant. Ses parents, son épouse et sa petite fille de quatre ans l'entourent. Ses parents nous apprennent qu'il est en phase terminale, miné par un cancer et qu'il doit se rendre à l'hôpital, car son état s'est détérioré en quelques heures.

Le patient mesure environ 6 pieds 2 pouces et pèse à peine 100 livres. Son corps paraît déformé par la souffrance et sur son visage on peut lire tout ce qu'il a dû subir. Il a le visage pâle, le crâne dénudé, les yeux enfoncés dans leurs cavités, les lèvres sans éclat et qui ont de la difficulté à remuer, les os de ses joues sont ressortis et sa tête semble très lourde. Le visage du patient est crispé, ses yeux sont clos et un grand nombre de rides sont apparentes sur sa figure. Ses mains sont serrées sur son abdomen.

Nous devons transférer le patient sur notre civière. Le transfert prend une bonne dizaine de minutes car le patient

vomit au moindre mouvement. Son visage est contracté, un son rauque sort de sa gorge et chaque souffle sonne comme s'il s'agissait du dernier. Il est mal à l'aise de ne pas pouvoir contrôler ses réactions, son nez, il a les larmes aux yeux, le visage allongé et ses yeux semblent savoir qu'il va mourir trop tôt. Nous tentons de l'encourager du mieux que nous pouvons en le regardant doucement et en lui disant de ne pas s'inquiéter. Il ne doit pas se sentir brusque. Il tente de sourire un peu mais son visage exprime une grande lassitude.

Les membres de la famille parlent à peine et pleurent en silence. Nous roulons notre civière le plus doucement possible vers l'ambulance. Le patient a encore des hauts le coeur. Avant de sortir nous emmitouflons notre patient, car il fait très froid à l'extérieur.

Dans l'ambulance, le patient continue à avoir des nausées. Je dois veiller à son confort et tenter de stabiliser son état. Je replace les couvertures et l'oreiller dans le but de tenter d'amortir les chocs, afin qu'il ne souffre pas trop. Le patient est assis car il vomit encore. Je passe une débarbouillette d'eau fraîche sur son visage, je lui essuie la bouche. Je repositionne le patient assez régulièrement car il bouge beaucoup. Le patient cesse de vomir et il commence un peu à revenir à lui. Il est très faible et parle à voix très basse.

Je suis toujours très près de lui. Sa main est posée délicatement, sans poids, sur son épaule en tentative de réconfort. Il me parle de sa vie qui se termine trop vite et de tout ce qu'il ressent à l'instant. Son visage semble alors exprimer un peu de révolte face à cette vie qui le quitte. Il a les traits creux et on note une petite parcelle d'amertume dans ses yeux.

Le patient arrête de parler et il semble s'abandonner au sommeil. Peu à peu, sa physionomie change : ses paupières sont fermées, sa bouche est fermée, dents serrées, tout comme s'il ressentait une douleur profonde. Il est conscient qu'il ne se rendra pas à l'hôpital et qu'il ne reverra jamais plus les siens. Son regard devient alors très profond, c'est un regard inquisiteur et intériorisé qu'il projette sur moi : il semble se rappeler tout ce qu'il a fait.

Nous sommes seuls dans l'ambulance, la famille nous suit en automobile. Me voilà en train d'accompagner quelqu'un vers la mort pour la première fois de ma vie et j'essaie d'accompagner du mieux que je peux cet être humain qui s'éteint peu à peu. Ses yeux sont remplis de larmes, son cou s'étire et il avale difficilement pour réprimer ses sanglots et il me conte tout ce qu'il aurait voulu réaliser, ce qu'il aurait voulu laisser à sa jeune famille.

Le patient est maintenant trop faible pour parler et il se repose en attendant la fin en compagnie d'une personne qu'il vient à peine de connaître. Son visage est beaucoup plus serein que tout à l'heure et le patient est calme, ses yeux sont clos, sa bouche détendue. Il réussit presque à dissimuler un sourire. Je reste à ses côtés en le tenant par la main et en le regardant le plus tendrement possible.

Ce patient est décédé dans l'ambulance tout doucement, avant même d'arriver à l'hôpital. Sur son visage se lisait un abandon à une force plus puissante que lui mais pas de tension, de révolte, seulement la physionomie de sa figure pouvait nous laisser supposer toute la souffrance qu'il avait dû endurer.

GRILLE D'ANALYSE

1- Identification de la situation par rapport à la liste des situations que l'ambulancière peut vivre, présentée aux pages 57 à 60, du présent rapport

- L'ambulancière face aux membres de la famille menacés de perdre un proche

- L'ambulancière face à un bénéficiaire qui réalise que son état est critique ou grave

- L'ambulancière face à un bénéficiaire qui a peur de mourir ou de ne pas se réveiller

2- Caractéristiques du milieu environnant

Nous entrons dans une maison privée

- le patient est couché dans un lit installé au salon
- ses parents, sa femme et sa fille l'entourent. Ils pleurent
- nous sommes en hiver

3- Caractéristiques du patient en détresse

- visage crispé et pâle
- nombreuses rides apparues à cause de la souffrance
- yeux enfoncés dans leurs cavités. Ses yeux sont fermés
- crâne dénudé
- lèvres sans éclat
- os des joues apparents
- lourdeur de la tête
- mains serrées sur son abdomen

4- Identification des messages non-verbaux livrés par la personne par ses attitudes et manifestations évidentes

Lorsque nous arrivons au domicile du patient :

- visage décharné par la maladie

Lors du déplacement du patient :

- nausées et vomissements au moindre mouvement
- visage contracté
- son rauque à chaque respiration
- yeux remplis de larmes
- regard lucide sur sa situation critique
- visage fatigué

Lorsque nous sommes dans l'ambulance

- nausées et vomissements

- visage exprimant de l'amertume
- traits creux

- visage qui semble vouloir s'abandonner au sommeil mais qui serre les dents

- regard profond
- yeux remplis de larmes
- sanglots
- cou qui s'étire pour réprimer les sanglots

- visage calme et serein
- yeux clos
- bouche détendue sur laquelle on peut même soupçonner un sourire
- visage qui s'est abandonné à une force plus forte que lui

5- Changements observés entre le moment initial et l'arrivée à l'hôpital

Lorsque nous arrivons sur les lieux, le patient exprime une souffrance énorme. Il semble au désespoir et une

expression de grande lassitude peut se lire sur son visage. Il tente du mieux qu'il peut de collaborer avec nous mais on peut voir à son expression de souffrance que tout est très pénible pour lui. Dans l'ambulance, les expressions du patient se succèdent assez rapidement. Au début, il a une expression d'amertume qui fait ensuite place à une expression de profonde tristesse. Une expression de calme et de résignation vient ensuite prendre place sur le visage du patient. Sur le visage du patient décédé, on peut lire une expression d'abandon à une force plus grande.

6- Identification des éléments de la communication non-verbale tels que définis, qui ont été présents dans les soins prodigués

- regard doux et encourageant
- expression de tendresse et de compassion
- main posée le plus légèrement possible sur l'épaule du patient
- larmes difficilement reprimées
- regard constant

- En quoi la communication non-verbale a-t-elle ajouté de la qualité à l'intervention de l'ambulancière et aux gestes professionnels de base qu'elle doit donner ?

Selon les techniques de base, le confort, la posture, le transfert, la prise de la pression, même l'oxygène sont autant d'interventions qui assistent le patient en transition vers l'hôpital.

La proximité, le regard incessant et congruent, la main rassurante, l'accompagnement personnalisé laissant voir la sympathie, la peine, le partage sont autant d'attitudes et de comportements qui dans ce cas ont conduit de la révolte à la paix, de la peur à la confiance.

HISTOIRE DE CAS no 2

Heure de l'appel : 13h45

Détails : Faiblesse générale dans un bateau au port de Trois-Rivières.

Nous nous dirigeons vers les lieux de l'incident. Un débardeur nous attend à l'entrée du port afin de nous amener sur le bateau.

Nous constatons en arrivant à bord que le blessé est dans la cale du bateau à douze mètres plus bas. Deux confrères de travail sont avec lui. La communication est aussi impossible car la résonnance est trop forte. Je cours vers la descente la plus proche qui est à environ cinquante mètres.

Arrivée au pied de l'échelle je dois parcourir le reste du chemin dans le maïs et je m'enfonce jusqu'aux cuisses à tous les pas. J'ai le souffle très court lorsque j'arrive à côté de mon patient. J'ai peine à respirer. Je lui parle afin de savoir ce qui lui arrive et je vois très rapidement à la couleur grisâtre de son visage, à ses mâchoires crispées, aux muscles tendus de son visage ainsi qu'à la sueur qui l'imprègne dans cette cale où le froid

nous transperce, qu'il souffre probablement d'une attaque cardiaque.

Tout l'équipement de premiers soins nécessaire doit être descendu par un câble. Je donne de l'oxygène au patient. Le grain dégage une légère vapeur qui rend la respiration difficile. Le patient doit fournir trop d'efforts pour parler. Il se concentre sur sa respiration. On peut lire dans sa figure qu'il souffre beaucoup. Tous ses traits sont étirés, ses yeux sont creux et semblent fatigués et son cou s'étire en cherchant de l'air.

Il faut sortir le patient de la cale en l'attachant solidement sur un brancard qui sera soulevé dans les airs par une grue mécanique afin d'aller déposer le patient sur le pont. J'explique les manoeuvres à faire à mon patient tout en essayant de le rassurer le plus possible. Je le fixe droit dans les yeux en essayant de faire passer dans mon regard la confiance dont il a besoin. Je lui tiens la main afin qu'il sente une présence constante. De plus je peux sentir lorsque la douleur est plus forte car il est porté à se crisper un peu plus. Il esquisse un timide sourire sous son masque d'oxygène et il cligne des yeux pour me signaler qu'il a compris et qu'il nous fait confiance. Lors des manoeuvres j'encourage continuellement le patient, je lui dis de bien respirer, d'essayer de se détendre du

mieux qu'il peut. Je le regarde en lui souriant et il me fait des signes avec ses yeux pour m'exprimer qu'il va un peu mieux. Son teint ne s'est pas amélioré mais ses traits sont légèrement moins durcis par la douleur. Lorsque la civière est prête à être hissée, mon patient fait un clin d'oeil et approuve de la tête. Il me serre la main un peu plus fort et il hoche la tête de haut en bas pour signifier qu'il est prêt. La montée débute et je dois courir à l'échelle pour pouvoir remonter à mon tour.

Avec l'aide de plusieurs débardeurs, nous descendons doucement les marches très étroites du bateau. De plus, ces marches sont très glissantes à cause de la température hivernale. Finalement, le patient est monté dans l'ambulance et nous partons vers l'hôpital.

Le patient respire toujours dans son masque à oxygène et il reprend quelques couleurs, sa respiration semble moins pénible et sa figure est un peu plus détendue que tout à l'heure. Il est beaucoup plus calme et ses yeux sont plus brillants. Il s'adosse contre la civière et pousse un soupir de soulagement. Son regard exprime la satisfaction d'être finalement en direction de l'hôpital. Je lui tiens le bras et je l'encourage à tenir le coup encore un peu ; les soins spécialisés ne tarderont pas à le soulager complètement dès notre arrivée à l'hôpital.

A notre arrivée à l'hôpital, le patient va beaucoup mieux. Il voudrait même enlever son masque d'oxygène mais je lui conseille de le garder encore un peu. Il est maintenant capable de contrôler sa respiration et il peut exprimer ce qu'il ressent. Il me dit que la douleur est moins forte et qu'il ne sent presque plus rien. Son visage est étiré mais non crispé.

Après l'avoir changé de civière, nous le laissons entre les mains des infirmières. Le patient nous sourit tout en nous remerciant pour ce que nous avons fait.

GRILLE D'ANALYSE

1- Identification de la situation par rapport à la liste des situations que l'ambulancière peut vivre, présentée aux pages 57 à 60, du présent rapport.

- L'ambulancière face à un bénéficiaire avec un infarctus en évolution

- L'ambulancière face à un bénéficiaire présentant des problèmes respiratoires aigus

2- Caractéristiques du milieu environnant

L'accident est arrivé au port. Le patient est :

- couché dans le fond de la cale
- la cargaison est du maïs qui dégage une fine poussière rendant la respiration difficile
- la résonnance est très forte ce qui empêche l'ambulancière de parler lorsqu'elle est sur le pont.
- le climat est froid et humide.

- lieu qui est accesible en descendant par une petite échelle ou en étant accroché avec des câbles à une immense grue mécanique
- le pont du navire est très glissant

3- Caractéristiques du patient en détresse

- visage grisâtre
- transpiration abondante
- visage et mâchoires crispées
- muscles du visage tendus
- difficulté à parler et à respirer
- cou s'étirant pour trouver de l'air

4- Identification des messages non-verbaux livres par la personne par ses attitudes et manifestations évidentes.

Lorsque j'arrive sur les lieux :

- muscles tendus de son visage
- mâchoires crispées
- respiration difficile
- transpiration abondante

- traits tirés
- figure fatiguée
- cou s'étirant pour chercher de l'air et du secours

Lorsque je lui explique les manoeuvres à faire

- le patient me serre la main
- leger sourire sous son masque à oxygène
- clignotement des yeux en guise de compréhension
- traits légèrement moins durcis
- le patient fait un clin d'oeil
- approbation de la tête en guise de comprehension

Lorsque le patient est dans l'ambulance

- amélioration du teint du patient, moins blafard
- respiration plus facile, rythme plus naturel
- le patient est calme, moins crispé, recherche moins un soutien, en état de latence, d'abandon
- yeux sont brillants, plus confiants
- le patient soupire de soulagement
- regard satisfait, quasi reconnaissant

Lorsque nous sommes arrivés à l'hôpital :

- le patient tente d'enlever son masque à oxygène

- bon contrôle de sa respiration
- visage plus détendu et serein
- sourire plein d'espoir et de sécurité

5- Changements observés entre le moment initial et l'arrivée à l'hôpital

Lorsque nous arrivons sur les lieux, le patient montre une expression de catastrophe, de désespoir, de tension évidente. Après lui avoir expliqué les manoeuvres à effectuer, il semble un peu moins tendu, il cherche à collaborer du mieux qu'il peut. Lorsque nous embarquons dans l'ambulance, on peut lire sur son visage une expression de soulagement et un apaisement progressif prend place jusqu'à notre arrivée à l'hôpital.

6- Identification des éléments de la communication non-verbale tels que définis, qui ont été présents dans les soins prodigués

- regard confiant
- je tente le plus possible de toujours regarder le patient dans les yeux
- je tiens la main du patient

- je lui souris et essaie de rester encourageante
- je garde un contact constant avec le patient : main sur le bras

7- En quoi la communication non-verbale a-t-elle ajouté de la qualité à l'intervention de l'ambulancière et aux gestes professionnels de base qu'elle doit donner ?

La communication non verbale jointe aux explications verbales, aux techniques de confort minimum et de soins à prodiguer procure sûrement un confort supplémentaire au patient. Cette forme de communication est manifestée par des gestes, des attitudes de proximité, d'accompagnement, d'écoute et ajoutent au confort physique des éléments de relation personnelle, de sécurité intérieure, de complicité qui apaisent, rassurent, soutiennent. Ces façons d'entrer en contact avec une personne plutôt qu'avec un cas permettent dans une situation de fournir un climat psychologique qui sert à dédramatiser, à accueillir la souffrance, à la dépasser et même à provoquer parfois un bien-être, une confiance, un espoir.

HISTOIRE DE CAS no 3

Heure de l'appel : 22h10

Détails : Accident de motoneige

Nous nous mettons en direction de l'accident. Arrivés sur les lieux, nous apercevons un homme pris jusqu'à la taille dans un banc de neige.

Une dizaine de voitures sont garées en bordure de la route et une foule de curieux observent ce qui se passe sans bouger. Nous devons les éloigner afin de pouvoir travailler librement. Il fait très froid et il neige.

Le blessé grimace de douleur, sa bouche se contortionne, ses yeux sont plissés, son front est ridé, ses mains tentent désespéremment de se déprendre de cet amas mais on peut lire dans son visage la douleur que chaque mouvement apporte. Le monsieur d'une trentaine d'années a le souffle court et il a de plus en plus de difficulté à respirer. Les muscles de son cou sont très tendus. Sur sa figure on lit une expression de souffrance. Nous lui donnons de l'oxygène afin de l'aider à mieux respirer. Aucune trace de blessure n'est évidente. L'homme nous dit qu'il éprouve de la douleur à la jambe droite.

Nous expliquons au blessé ce que nous allons faire et tentons de le calmer. Comme il est coincé dans cette neige nous déneigeons doucement mais rapidement l'endroit où il est pris. Nous nous rendons compte très vite que sa jambe saigne abondamment et qu'elle semble en piteux état. Il est difficile de travailler efficacement sur ce banc de neige car nous nous enfonçons profondément. Pendant que je tiens la jambe du blessé, mon compagnon le tire tranquillement. La figure du blessé est constamment crispée et il est de plus en plus pâle. Sa respiration est sifflante, son pouls est rapide et filant. Nous devons continuellement lui parler et faire en sorte qu'il concentre son attention sur nous. Nous le regardons continuellement dans les yeux et nous devons le stimuler constamment (stimuli douloureux et verbaux) pour éviter qu'il sombre dans l'inconscience. Nous immobilisons la jambe du blessé et nous le couchons sur notre civière.

Le chemin vers l'ambulance est long et ardu, le temps est glacial et les minutes sont précieuses, nous stimulons constamment le blessé en lui parlant, le touchant, en le regardant. Il est important qu'il reste le plus longtemps possible conscient. Son visage toujours très pâle semble réaliser tout à coup la gravité de son état. Son regard est inquisiteur et sa bouche grimace de douleur. Il essaie de voir sa jambe mais il est trop faible pour se soulever. De

plus. Le froid le paralyse et ses gestes sont maintenant beaucoup plus lents, son visage se fige peu à peu.

Lorsque nous arrivons finalement dans l'ambulance, les soins à prodiguer sont nombreux. Je dois m'occuper de sa blessure et de tout ce qui en découle (baisse de la pression, difficulté respiratoire, installation en position de choc). Le blessé a besoin de réconfort constant et je tente de toujours avoir un contact avec lui. Son visage est interrogateur et il est inquiet car il veut savoir ce qui va lui arriver. La douleur est constante et tous ses efforts doivent être mis à se contrôler pour ne pas perdre conscience. Il est évident qu'il souffre, tout le démontre ses mains crispées, les muscles de son cou gonflés, sa figure transpercée par une douleur aigüe. Sa bouche est entrouverte. Le blessé serre les dents à chaque respiration.

Je ne peux lui dire ce qui lui arrivera et je dois rester encourageante afin de lui apporter tout le soutien possible pour cette dure épreuve. Les infirmières et le médecin attendaient notre arrivée et le blessé est pris en charge immédiatement. Le temps d'un regard est à peine permis dans lequel je tente de mettre le plus d'encouragement possible. Deux jours après son admission à l'hôpital, notre patient a dû se faire amputer la jambe au-dessus du genou.

GRILLE D'ANALYSE

1- Identification de la situation par rapport à la liste des situations que l'ambulancière peut vivre, présentée aux pages 57 à 60, du présent rapport

- L'ambulancière face à un bénéficiaire avec des problèmes vasculaires aigüs

- L'ambulancière face à un bénéficiaire qui a fait une chute

- L'ambulancière face à un bénéficiaire qui saigne

- L'ambulancière face à la perturbation des signes vitaux du bénéficiaire

2- Caractéristiques du milieu environnant

Il s'agit d'un accident de motoneige :

- Température hivernale. Il fait froid et il neige

- Bord d'une route
voitures d'arretées
- Foule de curieux pr
- Le blessé est pris
- Le chemin pour se re
- La neige est moll
mi-cuisse

3- Caractéristiques d

- expression de souffr
- bouche contortionnée
- yeux plissés
- front ridé
- mains qui tentent de
- difficulté respirato
du cou !

4- Identification d
personne par ses a

Lorsque nous arrivons

achalandee ou il y a une dizaine de

s des lieux

usqu'à la taille dans un amas de neige

ndre au blessé est long et ardu

e et nous nous enfonçons jusqu'à

u patient en détresse

ance et de douleur

se déprendre de cet amas de neige

ire (souffle court, tension au niveau

es messages n x livrés par la

t'itudes et man videntes

ur les lieux :

- le blessé grimace de douleur
- difficulté respiratoire
- rictus à la bouche
- front ridé, sourcils fronceurs
- mains qui s'agrippent à la neige pour tenter de sortir de sa position précaire

Lorsque nous lui expliquons les manoeuvres à effectuer

- figure crispée qui pâlit
- respiration sifflante, superficielle et rapide
- pouls rapide et filant

Lorsque nous l'emmenons vers l'ambulance

- visage très pâle
- regard inquisiteur, il s'inquiète
- bouche grimaçante de douleur
- cherche à voir sa jambe
- gestes lents
- visage figé

Lorsque le patient est dans l'ambulance

- visage inquiet et interrogateur
- tension au niveau du cou, difficulté respiratoire

- mains crispées
- expression constante de douleur
- bouche entrouverte
- serrement de dents à chaque respiration

5- Changements observés entre le moment initial et l'arrivée à l'hôpital

A notre arrivée sur les lieux, une expression de douleur et de souffrance peut être lue sur la figure du patient. Lors des manoeuvres, le blessé pâlit et devient de plus en plus faible, il est très souffrant. Une expression de grande inquiétude apparait sur son visage. Le blessé collabore très bien avec nous mais il est évident qu'il souffre enormément et que seuls des soins spécialisés pourront lui enlever cette expression de souffrance. Comme le blessé souffre d'une blessure grave et qu'il est en état de choc, la gravité de son cas prend de l'ampleur à chaque instant.

6- Identification des éléments de la communication non-verbale tels que définis, qui ont été présents dans les soins prodigués

- contact physique avec le blessé; installation de l'oxygène, manipulation de la jambe, immobilisation, stimulation douloureuse constante, main qui essaie de réconforter
- regard encourageant et confiant

7- En quoi la communication non-verbale a-t-elle ajouté de la qualité à l'intervention de l'ambulancière et aux gestes professionnels de base qu'elle doit donner ?

Elle a ajouté aux techniques, la qualité de la présence, la proximité des gestes de réconfort, regards et mains posés sur lui avec respect et chaleur. L'attitude d'écoute a entraîné des manoeuvres plus adaptées et rapides et a continué à garder le patient conscient.

HISTOIRE DE CAS no 4

Heure de l'appel : 7h20

Détails : Bébé de 11 mois qui a des convulsions

Départ immédiat des ambulanciers vers le domicile de la patiente. A notre arrivée, le bébé est étendu sur la table de cuisine et sa mère la surveille. La mère essuie doucement le visage de l'enfant à l'aide d'une débarbouillette humide. La petite a la figure rouge, les yeux hagards et elle est détrempée par la sueur. Elle semble très loin du monde réel et bouge à peine. Sa mère nous informe que la petite a eu des convulsions trois fois depuis son réveil, il y a à peine trente minutes. La petite a des poussées de fièvre depuis déjà deux jours.

Nous apportons une couverture afin de pouvoir la transporter dans l'ambulance. J'enroule la petite dans la couverture et je la prend dans mes bras. Elle se dépêche à se blottir contre moi. Ses yeux se ferment et sa bouche retient un sanglot. Je peux sentir tout son corps qui tremble de même que la chaleur qui se dégage de la petite. Je transporte la patiente dans l'ambulance.

Mon compagnon m'aide à embarquer dans l'ambulance et j'installe la petite sur notre civière. Ses yeux me regardent comme si elle voulait m'interroger sur ce qui se passe. On voit qu'elle ne connait pas l'environnement qui l'entoure et elle se sent troublée. Si je m'éloigne un peu d'elle et ce, même si je la tiens encore dans mes bras elle me regarde apeurée, les yeux pleins d'eau, la bouche qui se retient pour ne pas éclater. Je lui flatte doucement la tête et tout le haut de mon corps est près d'elle. Je lui parle doucement et à voix très basse. Son visage se détend un peu mais elle semble très lasse, exténuée, ses joues ont perdu leurs rondeurs. Ses paupières sont lourdes et tentent difficilement de rester ouvertes.

Soudain, la petite commence à avoir des spasmes. Tout son corps et sa figure se contortionnent et elle perd totalement la notion du temps. Tous les muscles de son visage bougent, son corps se soulève de la civière, ses yeux tournent vers l'arrière, elle est en convulsion. Sa crise dure environ une trentaine de secondes. Lorsque tout est fini, elle me regarde encore avec un regard hagard qui devient très vite interrogateur. Elle ne se souvient de rien (c'est tout à fait naturel) Sa bouche est tombante, des larmes coulent de ses yeux fatigués, son petit corps est détrempé par la sueur et tous ses muscles sont relâchés ce qui la fait ressembler à une poupée de chiffon. Elle s'agrippe à moi comme si je devenais sa seule sécurité.

Son petit visage redevient doucement plus paisible, ses paupières redeviennent lourdes et elle s'endort doucement. Son visage semble plus calme maintenant. Seuls quelques soupirs sortent de sa bouche entrouverte.

A notre arrivée à l'hôpital, la petite s'est abandonnée au sommeil. Elle se réveille brusquement lorsque je la laisse pour pouvoir sortir notre civière. Sa mère qui est à côté de nous la réconforte aussitôt qu'elle ouvre les yeux. Elle prend sa fille dans ses bras, la blottit contre elle et la caresse doucement.

GRILLE D'ANALYSE

1- Identification de la situation par rapport à la liste des situations que l'ambulancière peut vivre, présentée aux pages 57 à 60, du présent rapport

- L'ambulancière face à une bénéficiaire qui a une perte de contact avec la réalité

- L'ambulancière face à une bénéficiaire avec des problèmes neurologiques aigus

2- Caracteristiques du milieu environnant

Nous entrons dans une maison privée :

- nous arrivons dans une grande cuisine
- un jeune bébé est couché sur la table
- la mère tient sa fille dans ses bras, elle la caresse, lui essuie doucement la figure

3- Caractéristiques du patient en détresse

- coloration rouge de la peau
- yeux hagards
- bébé détrempée par la sueur
- bébé qui est quasi immobile

4- Identification des messages non-verbaux livrés par la personne par ses attitudes et manifestations évidentes

Lorsque nous arrivons sur les lieux :

- yeux hagards
- transpiration abondante
- figure rouge

Lors des manoeuvres à effectuer :

- la petite se blottit dans mes bras lorsque je la prends
- ses yeux se ferment en guise d'apaisement
- sa bouche retient un sanglot

Lorsque le bébé est dans l'ambulance :

- yeux interrogateurs et remplis de larmes
- regard apeuré
- bouche tenue serrée pour ne pas éclater en sanglots
- visage qui se détend
- figure lasse
- joues qui ont perdu leurs rondeurs
- paupières lourdes qui clignent régulièrement
- corps secoué par des convulsions
- regard hagard qui devient très vite interrogateur
- bouche tombante
- yeux fatigués, las
- visage inondé par les larmes
- transpiration abondante
- relâchement des muscles
- figure calme, au repos, la petite s'endort
- bouche entrouverte

Lorsque nous arrivons à l'hôpital :

- la petite dort
- réveil en sursaut lorque l'on perd le contact avec son corps

5- Changements observés entre le moment initial et l'arrivée à l'hôpital

Lorsque nous sommes arrivés sur les lieux, la petite sortait d'une crise. Tout laissait voir qu'elle était exténuée. Par la suite, la petite s'est laissée transporter avec un certain soulagement, une certaine quiétude. Dans l'ambulance une expression de crainte, d'interrogation apparait face à ce monde inconnu. Une expression de fatigue pour ensuite faire place à la crise. Suite à cette crise, la petite s'apaise doucement jusqu'à notre arrivée à l'hôpital.

6- Identification des éléments de la communication non-verbale tels que définis qui ont été présents dans les soins prodigués

- je prends la petite dans mes bras
- je regarde tendrement la patiente
- mon corps est près d'elle
- je caresse doucement la petite
- contact physique constant avec le bébé

7- En quoi la communication non-verbale a-t-elle ajouté de la qualité à l'intervention de l'ambulancière et aux gestes professionnels de base qu'elle doit donner ?

Au-delà de la norme qui recommande un confort bien installé sur une civière, le fait de la prendre dans mes bras lui a fait vivre un substitut parental, lui a enlevé l'image tragique de manoeuvres extérieures à elle. Enfin, ces attitudes l'ont conduite doucement vers des soins appropriés.

Il n'est pas une institution éducative qui ne soit appelée à se transformer pour mieux répondre aux besoins nouveaux des hommes. (Edgar Faure)[34]

CONCLUSION

Cette conclusion permet de faire un retour sur l'importance de la communication non-verbale dans la relation d'aide, pratiquée en milieu ambulancier.

Nous croyons à l'importance d'intégrer des notions sur la communication non-verbale, à la formation des ambulancières, dans le but d'améliorer la qualité des services offerts à la population.

L'apport de la communication non-verbale dans les carrières-services, pourrait aider les personnes dans leur démarche d'aide apportée aux autres.

Les enseignants de tous niveaux qui sont sensibilisés au phénomène de la communication non verbale s'aperçoivent très vite de son utilité dans le domaine de l'enseignement. Nous pouvons penser à différents exemples quotidiens pour se rendre compte de tous les comportements visibles pour l'enseignant. Citons à titre d'exemples

observables facilement mais souvent ignorés, mal interprétés ou contrôlés : un étudiant qui baille, qui fait autre chose au lieu d'écouter, qui dort, qui acquiesce de la tête à la suite d'une explication ou qui reste bouche bée après celle-ci, qui est dans la lune, qui regarde par la fenêtre, qui semble interrogateur face à un problème, qui regarde sa montre à tout instant, qui crayonne sur son bureau,qui dérange son voisin. Autant d'expressions qui par leur silence parlent, questionnent, reflètent des réalités parfois difficiles à nommer, à confier, à utiliser.

L'enseignant qui réalise la place que prend la communication non-verbale à l'école pourra tenter d'améliorer la qualité de son intervention face à ses étudiants et s'initier à lire ces gestes à se les approprier pour en faire des situations d'apprentissage.

Enfin, si l'on savait lire sur les visages, les expressions corporelles, on serait plus proche d'une intervention qualitative et efficace parce que centrée sur la personne. Cependant, pour garantir à nos gestes de la cohérence il faut soi-même avoir joué les deux rôles, avoir eu besoin, avoir ressenti une limite, l'avoir dit sans parole et aussi avoir répondu à de semblables appels.

De plus, il est aussi possible de faire un retour sur l'importance de connaître et de s'approprier le

processus de croissance, les concepts de relations d'aide et de la communication non-verbale dans une vie professionnelle qui exige que l'ambulancière soit une personne adulte et responsable. Dans ce rapport de recherche à caractère descriptif et prônant une rigueur réflexive, il sera de bon aloi d'ajouter sommairement la contribution qu'une telle démarche a nourrie.

Nous avons vu tout au long de ce rapport, que le processus de croissance fait partie d'une dynamique et est pour moi d'une grande utilité dans ma profession d'ambulancière. Il s'agit en effet, d'un processus d'auto-développement qui me sert de philosophie de base. De plus, il me fournit une marche à suivre pour mieux orienter et évaluer ma démarche en relation d'aide. Il me sert aussi à améliorer ma façon de traiter mes expériences ainsi que les relations d'aide omniprésentes. L'intégration de ce processus à ma vie quotidienne m'a aussi permis d'en arriver à pouvoir prendre des décisions éclairées qui mènent à de nouvelles actions, à une transformation des acquis de la vie.

Il est important de connaître le processus naturel de croissance dans le but de mieux vivre une relation d'aide. Il serait intéressant que les personnes qui doivent vivre des relations d'aide au travail telles que : techniciens ambulanciers, infirmières, médecins,

enseignants, psychologues, travailleurs sociaux, personnes-ressources dans les centres communautaires... puissent bénéficier de notions et de stages sur le processus de croissance ainsi que sur la communication non-verbale.

Des séances d'information pourraient être offertes à ces personnes afin de les sensibiliser à l'importance de leur intervention dans la vie des gens. Ces séances nécessiteraient une initiation tant à l'application personnelle du processus de croissance à leur vie même qu'envers des bénéficiaires. La formation humaine restera toujours la pierre angulaire du domaine de l'éducation et des carrières centrées sur des services.

Comme le disait Jacques Grand'Maison, [17] il faut faire de la pédagogie, un champ humain qui promeut une philosophie de base, une manière de penser, d'agir et de vivre ensemble, une opérationnalisation de moyens et d'objectifs. Il faut intégrer à une formation dite technique, les dimensions humaines sous-jacentes propres à l'objet des interventions à poser par une personne.

Dans ce rapport de recherche, lequel se situe en éducation et vise à perfectionner mon geste professionnel et à consolider mes apprentissages, je pars de mon savoir d'expérience pour ensuite faire une observation réfléchie.

Par la suite, je procède à une rationalisation des concepts de la communication non-verbale, relation d'aide et histoire de cas pour finalement tenter de les réinvestir dans mon vécu quotidien spécifique à ma profession d'ambulancière. Bien plus qu'une simple démarche cette méthode dynamique est conforme à la théorie des styles d'apprentissage de Kolb et à l'approche expérientielle de Dewey et elle fait partie d'un processus de croissance de toute la personne.

Ce rapport de recherche m'a rendu consciente du rôle primordial des carrières-services. De plus, il m'a permis de me donner un cadre de référence objectif élargi et spécifique qui me sert de balise, de thermomètre de la qualité de mes interventions. Il m'a donné le goût de requestionner mes valeurs, mon orientation et mes démarches vers une maturité faite de compétence, d'ouverture et d'engagement. Il m'a rendu critique par rapport à l'abus des savoirs, à la course aux recettes, au manque de réflexion dans la pratique de professions qui influencent le devenir de l'homme. Il m'a permis de relativiser l'importance d'une technologie coûteuse et sophistiquée, au détriment de la qualité de la relation d'aide.

Enfin, déjà naît chez moi, le goût de partager mon cheminement, de diffuser des propositions de modification de programmes de formation, entre autre, comme ambulancière.

J'envisage aussi des études doctorales dans le sens de ce rapport, en gardant comme charnière le rôle de la communication non-verbale dans les carrières en sciences humaines, en formation d'intervenants sociaux. De plus, le recours à la recherche descriptive pourrait se prolonger et se perfectionner en prenant comme acquis ce présent rapport pour en faire la matrice d'une recherche qualitative phénoménologique.

Pour moi, une conclusion c'est un carrefour, une porte ouverte, une initiation, c'est un moment de remercier la vie et la carrière que je mène d'avoir fait émerger en moi ce goût de vivre, de connaître, de me perfectionner et de mieux servir.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) Sapir, Edward dans.
La Nouvelle Communication, p.69

(2) Hall Edward T.,
1959 Le langage silencieux, Editions du Seuil, Paris p.19

(3) Freud Sigmund,
1971 Malaise dans la civilisation, Presses universitaires de France, Paris p.277

(4) Watslawick Paul, et al
1981 La Nouvelle Communication, Editions du Seuil, Paris p.23

(5) Freud, Sigmund dans
idem Le langage silencieux p.87

(6) Smith, W.J. et Marier, ° dans
The Dynamics of Human Communication.
p. 16-20

(7) Birdwhistell, Ray
1967 La communication non-verbale, Editions
Kister, Paris p.182

(8) Mehrabian, Albert
1972 Non verbal Communication, Aldine
Atherton, New York p.46

(9) Dittman, R.
idem Nonverbal Communication Systems,
p.233 a 235

(10) Ekman P.,
1972 Cross-cultural studies of facial
expression, Academic Press p.109

(11) Thompson, * dans
NonverbalCommunication Systems, p.40

(12) Krebs, * dans
The Dynamics of Human Communication,
p.21

(13) Darwin, Charles
1952 L'expression des emotions chez l'homme
et chez les animaux, Editions du Seuil,
Paris p. 298-333

(14) Shlosberg, H.
1954 Three dimensions of Emotion,
Psychological Review, p.81-88

(15) Ekman P. Friesen W.V.,
1974 Unmasking face, Prentice-Hall, London
p.57

(16) Frois-Wittman J., dans
Nonverbal Communication Systems, p.22

(17) Mehrabian, Albert dans

Nonverbal Communication Systems. p.104

(18) Ekman, Friesen, Ellsworth P.,

1972 Emotion in the human face, Pergamon

press, p.109-121

(19) Friesen, Ellsworth P.,

Emotion in the human face

p.

(20) Sommer R,

1969 Personal space, Prentice-Hall, London

p.92

(21) Exline, * et Yellin, *

idem Emotion in the human face

p.212-240

(22) Ellsworth et coll,

idem Emotion in the human face

p.135-153

(23) Jourard, S.M.
1984 Le langage du toucher, Gaia Books, Londres, p.14

(24) Jourard, S.M.
idem Le langage du toucher, p. 21

(25) Jourard, S.M.
idem Le langage du toucher, p. 22

(26) Journal JASMU
Juin 1986 Volume 1, numéro 1, p.9-12

(27) Journal JASMU
Septembre Volume 2, numéro 4, p.5-12
1987

(28) Equipe de professeurs du Cegep de Trois-Rivières,
1983 Guide de l'étudiant pour le cours préposé d'ambulance, Trois-Rivières
A43-A47

(29) Cohn, Kookamp, Provenzo.,
1987 To be a teacher (cases,concepts, observation guides) Random House, New York, p. 88-107

(30) Mucchielli, R
1963. La méthode des cas, Editions sociales françaises, France, p.15

(31) Paquette, Claude
1982. Analyse de ses valeurs personnelles, Québec/Amérique, Québec, p.194

(32) Garneau Jean et Larivey Michelle .
1979 L'Auto-développement : psychothérapie dans la vie quotidienne, Ressources en développement Inc., Ottawa, p.42-56

(33) Paquette, Claude
idem Analyse des valeurs personnelles p.172

(34) Mucchielli. R
1968. La méthode des cas. Editions sociales françaises. France. p. 21-22

(35) Mucchielli. R
1968. La méthode des cas. Editions sociales françaises. France. p. 28

(36) Faure. Edgar
1972 Rapport Faure. Unesco. p.91

(37) Grand'Maison Jacques.
1976 Pour une pédagogie sociale d'auto-developpement en éducation. Editions internationales Alain Stanké Ltée Montréal. p. 53-54

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

L'histoire de cas

Boisjoli Charlotte,
1984 Dis-moi qui je suis. Exercices d'improvisation. Léméac

Gibb Jack,
1978 Les clefs de la confiance. Actualisation. Montréal

Guimper Lorraine,
1987 Evolution des valeurs autonomie et responsabilité dans un processus d'autodéveloppement et d'engagement social. Université du Québec, janvier

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

L'histoire de cas

Boisjoli Charlotte,
1984 Dis-moi qui je suis. Exercices d'improvisation. Lémeac

Gibb Jack,
1978 Les clefs de la confiance. Actualisation. Montréal

Guimper Lorraine,
1987 Evolution des valeurs autonomie et responsabilité dans un processus d'autodéveloppement et d'engagement social. Université du Québec. janvier

La formation des ambulanciers

American Academy of Orthopaedic Surgeons.
1987 Emergency Care and Transportation. Menasha, Wisconsin

Equipe de professeurs du Cegep de Trois-Rivières.
1983 Guide de l'étudiant pour le cours prépose d'ambulance. Trois-Rivières

Bertrand Yves et Valois Paul.
1982 Les options en éducation. Ministère de l'Education. Québec

La communication non-verbale

Bandler Richard et Grinder John.
1983 Les secrets de la communication Editions du Jour

Bateson Gregory et Mead Margaret

1977 Les usages sociaux du corps a Bali in Actes de la Recherche en sciences sociales. New York p. 3-33

Ekman P.,

1972 Cross-cultural studies of facial expression. Prentice-Hall. New York

Hall Edward T.,

1971 La dimension cachée. Editions du Seuil. Paris

Leathers Dale

1976 Nonverbal Communication Systems. Ailyn and Bacon. Boston

Myers. Gail et Myers. Michele.

1985 The Dynamics of Human Communication. 4e édition. Edition McGraw Hill Book Company. New York

Shlosberg, H.

1941 A Scale for the judgment of Facial Expression. Journal of Experimental Psychology, p.497-510

Spiegel J.P. Machotka P.,

1974 Messages of body, The free press, London

Watzlawick Paul,

1978 Le langage du changement, éléments de communication thérapeutique. Editions du Seuil, Paris

Watzlawick, Paul, Helmick, J., Beavin, Jackson,D.

1972 Une logique de la communication, Editions du Seuil, Paris

La relation d'aide

Jones John et Johanna.

1985 Dialogue-rencontre. Guide pour développer une relation. Actualisation. Montréal

Rogers Carl.

1977 Le développement de la personne. Dunod. France

Rogers Carl Kinget Marian.

1977 Psychothérapie et relations humaines. Presses universitaires de Louvain.